

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

SOSIAALI- JA TERVEYSALA

SYÖPÄPOTILAAN SOLUNSALPAAJAHOIDON
ALOITUS

Ohjausrunko Länsi-Pohjan keskussairaalan Syöpätautien poliklinikan hoitajille

Opinnäytetyö

Hanna Heikkilä & Hanna Uusimaa

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

Kemi 2011

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

HANNA HEIKKILÄ JA HANNA UUSIMAA:

SYÖPÄPOTILAAN SOLUNSALPAAJAHOIDON ALOITUS

Ohjausrunko Länsi-Pohjan keskussairaalan Syöpätautien poliklinikan hoitajille

Opinnäytetyö, 52 sivua, 4 liitettä

Ohjaajat: Anja Mikkola ja Jaana Stolt

26.4.2011

Asiasanat: syöpätaudit, solunsalpaajahoito, potilasohjaus

Syöpään sairastuneisuus on lisääntynyt merkittävästi viime vuosikymmenten aikana. Yleisimpiä syöpätauteja Suomessa ovat eturauhassyöpä, rintasyöpä ja keuhkosityöpä. Pääasiallisesti syövän hoidossa käytetään kirurgiaa, sädehoitoa ja erilaisia lääkehoitoja, kuten solunsalpaajahoitoa. Solunsalpaajat ovat vakiinnuttaneet paikkansa tärkeänä syövän lääkehoidollisena menetelmänä. Ne ovat syöpäsoluja tuhoavia lääkeaineita, joilla on kuitenkin runsaasti haittavaikutuksia.

Potilasohjaus on osa sairaanhoitajan työtä ja kokonaisvastuu ohjauksen suunnittelusta ja toteuttamisesta on usein hoitajalla. Ohjaamisella tuetaan asiakkaan selviytymistä sairautensa ja siihen liittyvien hoitojen kanssa, löytämään voimavaroja itsensä hoitamiseen ja vastuun ottamiseen omasta terveydestään. Lyhentyneet hoitoajat ja entistä valvettuneemmat potilaat ovat nostaneet potilasohjauksen tärkeäksi kehittämiskohteeksi. Syöpää sairastavan potilaan ohjaukseen haastavuutta tuovat raskaat, haittavaikutuksia sisältävät hoidot, korostunut kivun hoito ja kuoleman läheisyys.

Opinnäytetyömme toteutettiin työelämälähtöisenä projektina, jonka tuotoksena on laadittu ohjausrunko. Projektin tarkoituksena oli tehdä Länsi-Pohjan keskussairaalan Syöpätautien poliklinikalle solunsalpaajahoitoa ensimmäistä kertaa saavan potilaan ohjausrunko hoitajien käytettäväksi ohjaustilanteeseen. Projektin tavoitteena oli kehittää potilasohjausta. Ohjausrunko on tuotettu yhteistyössä Länsi-Pohjan keskussairaalan Syöpätautien poliklinikan hoitajien kanssa.

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social Services and Health Care

Degree Programme in Nursing

Registered nurse

HANNA HEIKKILÄ AND HANNA UUSIMAA:

STARTING CYTOSTATIC TREATMENT OF CANCER PATIENTS

Model of Instruction Setting for the nurses in the outpatient cancer clinic of Länsi-Pohja's central hospital

Bachelor's Thesis, 52 pages and 4 appendices

Advisors: Anja Mikkoja and Jaana Stolt

26.4.2011

Keywords: types of cancer, chemotherapy, patient counselling

The amount of new cancer patients has increased significantly over the last decades. In Finland the most common types of cancer are prostate cancer, breast cancer and lung cancer. Cancer is mainly treated with surgery, radiation therapy and various medical treatments such as chemotherapy. Cytostates have stabilized their position as an important drug treatment of cancer. They are drugs which destroy cancer cells and have many side effects.

Patient counselling is a part of nursing and the main responsibility of planning and executing the counselling is often left to the nurses. Counselling helps the patient deal with the disease and the treatments, along with finding the strength to take care of oneself and taking responsibility for one's own health. Shortened periods of nursing and the increased awareness of patients have brought up the importance of further development of patient counselling. Intensive and exhausting side-effect ridden treatments with emphasis on pain management and the proximity of death make the treatment of cancer patients more challenging.

Our bachelor's thesis was executed as project work and the Model of Instruction Setting has been created as a product of it. The purpose of our project was to compose this model to be used patient counselling in the outpatient cancer clinic of Länsi-Pohja's central hospital when treating those who start their chemotherapy treatment. The main aim of our project was to improve patient counselling. We made the Model of Instruction Setting in co-operation with the nurses in the outpatient cancer clinic of Länsi-Pohja's central hospital.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 SYÖPÄTAUDIT	7
2.1 Syövän synty	7
2.2 Suomen yleisimmät syöpätaudit ja TNM- luokitus	8
2.3 Rintasyöpä.....	9
2.4 Keuhkosyöpä.....	13
2.5 Eturauhassyöpä	17
3 SOLUNSALPAAJAHOITO	21
3.1 Solunsalpaajat ja niiden vaikutustavat	21
3.2 Solunsalpaajahoidon tavoite ja solunsalpaajien annostelu potilaalle	23
3.3 Solunsalpaajahoidon haittavaikutukset	25
4 SAIRAANHOITAJA SYÖPÄPOTILAAN OHJAAJANA JA TUKIJANA	29
4.1 Potilasohjaus	29
4.2 Solunsalpaajahoitoa saavan potilaan ohjaus.....	31
4.3 Eettiset lähtökohdat potilasohjauksessa	32
4.4 Syöpäpotilaan psyykkinen selviytymisprosessi	34
4.5 Parisuhde ja seksuaalisuus	38
4.6 Hoitoväsymys.....	39
5 PROJEKTIN KULKU	40
5.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet.....	40
5.2 Projektin rajaus, organisointi ja ohjaus	41
5.3 Projektin toteuttamisen ja työskentelyn kuvaus	43
5.4 Projektin aikataulu, resurssit ja dokumentointi	43
5.5 Projektin tuotoksen ja prosessin arviointi.....	45
5.6 Projektin luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelu	46
6 POHDINTA	47
LÄHTEET.....	49
LIITTEET	53

1 JOHDANTO

Syöpään sairastuneiden määrä on kaksinkertaistunut 40 vuoden aikana. Suomessa naisten yleisin syöpä on rintasyöpä ja miesten eturauhassyöpä. Keuhkosyöpään sairastuneista enemmistö on edelleen miehiä, mutta tupakoinnin seurauksena myös naisten sairastuvuus parin vuosikymmenen aikana on lisääntynyt. Syöpää sairastavan potilaan hoidon valinta määräytyy yksilöllisin perustein ja siihen vaikuttavat syöpäsairaus, syövän levinneisyysaste ja potilaan yleiskunto sekä ikä. (Pukkala, & Sankila & Rautalahti 2006, 11-12; Holmia & Murtonen & Myllymäki & Valtonen 2008, 101, 432; Syöpäjärjestöt 2010e.)

Solunsalpaajat ovat pahanlaatuisten kasvainten hoidossa käytettäviä kemiallisia aineita, joilla on sekä normaaliin että pahanlaatuiseen solukkoon kohdistuva solujen kasvua ja lisääntymistä estävä vaikutus. Tavoitteena solunsalpaajahoidolla voi olla syövän parantaminen tai sen etenemisen hidastaminen ja oireiden lievittäminen. Syöpäkudoksen lisäksi solunsalpaajien vaikutus kohdistuu myös terveisiin kudoksiin, kuten luuytimeen, limakalvoihin ja karvatuppiin. Tästä johtuen solunsalpaajilla on runsaasti haittavaikutuksia. Solunsalpaajat ovat kuitenkin vakiinnuttaneet paikkansa tärkeänä lääkehoidollisena menetelmänä syövän hoidossa. (Nevasaari 1985, 32; Elonen & Järviluoma 1998, 83; Elonen & Elomaa 2007, 167; Holmia ym. 2008, 118-119.)

Potilaan ohjaaminen terveyteen ja sairauteen liittyvissä kysymyksissä on aina ollut osana sairaanhoitajan työtä ja se on jokaisen hoitotyössä toimivan hoitajan tehtävä. Ohjaamisella tuetaan asiakkaan selviytymistä sairauden ja siihen liittyvien hoitojen kanssa, löytämään voimavaroja itsensä hoitamiseen ja vastuun ottamiseen omasta terveydestään. Nykypäivänä hoitoaikojen lyhentymisen ja potilaiden lisääntynyt kiinnostus omasta terveydestään ovat nostaneet potilasohjauksen merkityksen entistä tärkeämmäksi. Yhä enemmän valveutuneet potilaat osaavat etsiä itse tietoa eri lähteistä ja ovat vaille laadukasta ohjausta, mikä tekee ohjauksesta haastavaa. Onnistunut ohjaustilanne edellyttää hoitajalta hyvää suunnittelua ja valmistelua. Syöpäpotilaiden hoitotyön erityispiirteet, kuten raskaat runsaasti sivuvaikutuksia aiheuttavat hoidot ja kivun hoidon korostuminen sekä kuoleman läheisyys, tekevät syöpäpotilaalle annettavasta ohjauksesta haastavan. (Torkkola & Heikkinen & Tiainen 2002, 24, 26; Kyngäs & Kääriäinen & Poskiparta & Johansson & Hirvonen & Renfors 2007, 5, 12.)

Opinnäytetyömme on toteutettu työelämälähtöisenä projektina meitä kiinnostavasta aiheesta. Projektin tarkoituksena on tehdä solunsalpaajahoidon ensi kerran saavan potilaan kirjallinen ohjausrunko potilasohjauksessa käytettäväksi. Ohjausrunko on tuotettu yhteistyössä Länsi-Pohjan keskussairaalan Syöpätautien poliklinikan hoitajien kanssa ja se tulee heidän käyttöönsä sekä kirjallisena että muokattavana versiona.

Tavoitteena on, että ohjausrunko olisi hyödyllinen apuväline hoitajille solunsalpaajahoidon saavan potilaan ohjaustilanteessa. Ohjausrungon tavoitteena on myös kehittää potilaalle annettavaa ohjausta ja näin lisätä ohjaustilanteen laadukkuutta. Lisäksi omana oppimistavoitteena on tulevana sairaanhoitajina kasvattaa omaa tietouttamme tärkeästä ja ajankohtaisesta aihealueesta. Opinnäytetyön teoriaosuudessa olemme käsitelleet Suomessa yleisimmin esiintyviä syöpätauteja ja solunsalpaajahoidon sekä syöpää sairastavan potilaan ohjausta ja tukemista.

Länsi-Pohjan keskussairaalan Syöpätautien poliklinikan perustehtävänä on tarjota polikliinista hoitoa syöpää sairastaville aikuispotilaille. Syöpätautien poliklinikan toimintaan kuuluvat solunsalpaajahoidot, muut syövän lääkehoidot, potilaiden ja läheisten ohjaus ja neuvonta sekä parantumaton syöpä sairastavien potilaiden oireenmukainen hoito.

2 SYÖPÄTAUDIT

2.1 Syövän synty

Normaaleiden kudosten solut erilaistuvat toiminnallisiksi, lisääntymiskyvyttömiksi ja omaavat rajallisen eliniän sekä poistuvat kudoksesta kuoltuaan. Kudoksesta poistuvien ja syntyvien solujen välillä vallitsee tasapaino. Kun solujen kasvua säätelevissä mekanismeissa tapahtuu häiriö, minkä seurauksena jokin solutyypin alkaa jakautua nopeammin kuin vanhoja kuolee, syntyy kasvava solukasauma, kasvain. Hyvänlaatuinen (benigni) kasvain muistuttaa normaalia kudosta eikä tunkeudu ympäröiviin kudoksiin. Pahanlaatuisessa kudoksessa puolestaan tasapaino on häiriintynyt, erilaistuminen on puutteellista ja ne pystyvät lisääntymään loputtomasti (immortalisaatio). Tällaisessa kudoksessa lisääntymiskykyiset solut ovat pitkäikäisiä ja niillä kyky solukuolemaan on vähentynyt. Pahanlaatuisille kasvaimille on tyypillistä työntyä ympäröivien kudosten sisään (invasoitua) ja tuhota kyseisten kudosten rakennetta (destruoida) sekä lähettää etäpesäkekeitä (metastaaseja) imu- tai veriteitse muualle elimistöön. Syöpä (cancer) tarkoittaa pahanlaatuista (maligni) kasvainta. (Isola 1999, 15; Iivanainen & Jauhiainen & Pikkarainen 2006; 737; Holmia ym. 2008, 93.)

Syövän synnyssä eli karsinogeneesissä solun perimäaineksen vaurioituminen johtaa solun muuttumiseen pahanlaatuiseksi. Syöpää aiheuttavat aineet, karsinogeenit, aiheuttavat muutoksia (mutaatio) geeneissä, jotka säätelevät solun kasvua. Syöpäkasvain alkaa kehittyä, kun syöpäsoluiksi muuttuneet normaalit, transformoituneet, solut altistuvat kasvua stimuloiville tekijöille, kuten hormoneille ja kemiallisille aineille. Syöpäkasvain muodostuu lukemattomista pahanlaatuisista soluista, jotka ovat alkujaan peräisin yhdestä transformoituneesta solusta. Syövän kehittyminen on monivaiheinen prosessi, joka voi kestää jopa vuosikymmeniä, minkä vuoksi syöpää esiintyykin useasti ikääntyvillä. Lisäksi ikääntyvillä immuunivaste on heikentynyt, jonka seurauksena elimistön oma immuunijärjestelmä ei pysty niin hyvin tunnistamaan ja tuhoamaan syöpäsoluja. Yleisimpiä syöpätauteja Suomessa ovat rintasyöpä, eturauhassyöpä, keuhko- ja suolistosyöpä sekä ihosyöpä. (Bjälle & Haug & Sand & Sjaastad & Toverud 2008, 35; Holmia ym. 2008, 93, 95, 101; Anttila & Hirvelä & Jaatinen & Polviander & Puska 2009, 163.)

2.2 Suomen yleisimmät syöpätaudit ja TNM- luokitus

Syöpään sairastuneiden määrä on kaksinkertaistunut 40 vuoden aikana. Uusia syöpädiagnooseja on todettu vuonna 2004 yli 26000. Syöpään kuolee vuosittain 10000 suomalaista, lähes joka viidennessä kuolemantapauksessa perussyynä on syöpä. Syöpäpotilaat ovat keskimäärin iäkkäitä, sairastumisriski kasvaa 40 ikävuoden jälkeen. Esimerkiksi miesten keuhkosityöpä on yleisin 75–79 -vuotiailla ja kohdunkaulasyövän ilmaantuvuus on yleisin yli 70 -vuotiailla. Joukkotarkastuksien myötä keski-ikäisten ja sitä nuorempien tautivaara pienentyy ja mahdolliset syöpätapaukset diagnosoidaan varhaisessa vaiheessa. Vuonna 2000 todetuista naisten syöpäkasvaimista lähes 45 % oli rinnassa tai sukuelimissä. Naisten yleisimmät syövät ovat rintasyöpä, paksusuolen syöpä ja kohdunkaulan syöpä. Eturauhassyövän osuus kaikista miehillä todetuista syövästä oli 38 % vuonna 2000. Miesten yleisimmät syövät ovat eturauhassyöpä, keuhkosityöpä ja paksusuolen syöpä. (Pukkala ym. 2006, 11-12; Holmia ym. 2008, 101; Anttila ym. 2009, 161-162.)

Kansainvälinen syöpäunioni (UICC, Union internationale contre le cancer) on laatinut TNM- luokituksen, jolla ilmaistaan syövän kokoa ja levinneisyyttä. Kliininen luokitus, TNM, tehdään ennen hoidon aloitusta, ja se pohjautuu tutkimuksiin sekä niissä tehtyihin löydöksiin. T:llä (tumor) tarkoitetaan kasvaimen paikallista levinneisyyttä, N (node) määrittelee imurauhasten tilan ja M (metastasis) kuvaa etäpesäkkeiden esiintyvyyttä muualla elimistössä. Tuumorin luokitus kuvaa primaarikasvaimen eli alkuperäisen kasvaimen kokoa T0-4-asteikolla. T0- tilanteessa primaarikasvainta ei ole löydetty, T1 on alle 2cm:n kokoinen rajoittunut kasvain, kun taas T4- kasvain ulottuu laajalti lähtöelimensä ulkopuolelle, jolloin se on tunkeutunut viereisiin kudoksiin. N- luokitus kertoo syövän levinneisyyden alueellisiin imusolmukkeisiin. N0-tilanteessa alueellisissa imusolmukkeissa ei ole metastaaseja, N1- tapauksessa syöpä etenee lähimmissä pienissä, liikkuvissa imusolmukkeissa ja N3:ssa metastaaseja on kiinnittyneissä imusolmukkeissa. M-luokitus (M0-1) kuvaa primaarikasvaimen ja alueellisten imusolmukkeiden ulkopuolella olevia etäpesäkkeitä. TX, NX ja MX ilmaisevat, ettei luokitusta pystytään määrittelemään. TNM- luokituksen pohjalta laaditaan paranemisennuste ja valitaan parhaat, mahdolliset hoitomuodot yhteistyössä potilaan kanssa. (Roberts & Joensuu 2007, 79-80; Holmia ym. 2008, 94; Anttila ym. 2009, 166.)

2.3 Rintasyöpä

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä Suomessa. Arviolta naisista joka kymmenes sairastuu elämänsä aikana rintasyöpään. Todennäköisyys sairastua kasvaa iän mukana. Rintasyöpävaaraa lisäävät tekijät liittyvät usein hormonaalisiin seikkoihin, kuten kuukautisten varhaiseen alkamiseen ja vuorostaan vaihdevuosien myöhäiseen alkamiseen. Naisia rintasyövältä suojaavia tekijöitä ovat synnyttäminen ja suuri täysaikaisten raskauksien määrä. Sairastumistodennäköisyyttä pienentää ensisynnytys nuorella iällä, joten myöhemmällä iällä tapahtuva ensisynnytys ei suojaa rintasyöpään sairastumiselta yhtä tehokkaasti. Noin 5 %:iin rintasyöpätapauksista oletetaan liittyvän periytyvä geenimuutos, millä on todettu olevan yhteys lähisuvussa esiintyneisiin rintasyöpätapauksiin. Muita rintasyövän riskitekijöitä ovat ruokavalio, lihavuus ja runsas alkoholin käyttö. Vuonna 2006 Suomessa todettiin yli 4000 naisten rintasyöpää ja vuosittain esiintyy arviolta 10-15 miesten rintasyöpää. Rintasyöpä voidaan nykyisin todeta varhaisessa vaiheessa mammografiaseulonnoilla ja säännöllisellä rintojen omatoimisella tutkimisella. Varhaisen toteamisen ja kehittyneiden hoitomenetelmien ansiosta syövän ennuste on parantunut. Tänä päivänä sairastuneista viiden vuoden kuluttua elossa on 80%. (Blomqvist & Smitten & Asko-Seljavaara 1999, 409; Anttila ym. 2009, 188-189.)

Rintasyövän oireista tavallisin, jonka vuoksi rintasyöpään sairastunut nainen hakeutuu lääkärin tutkittavaksi, on yleensä kivuton kyhmy rinnassa, joka ilmenee 70-80% rintasyöpätapauksista. Joskus rinnan iholla voi havaita muutoksia, kuten ihon ryppyyn vetäytyminen, nännin painuminen sisäänpäin, ihottuma tai punoitus ja kuumotus. Esioireina voivat olla myös painontunne rinnassa, epämääräinen kipu ja pistely. Lisäksi nännistä voi erittyä kirkasta tai veristä nestettä. Potilas voi hakeutua hoitoon kainalossa tuntu- van kyhmyn takia, jolloin syöpä on jo levinnyt etäpesäkealueelle, imusolmukkeisiin. Rintasyöpä leviää ensivaiheessa imuteitse, kuten kainalon imusolmukkeisiin. Lisäksi etäpesäkkeitä eli metastaaseja voi syntyä imuteitse ihoon tai ihonalaiskudokseen. Myöhemmässä vaiheessa syöpä voi lähettää etäpesäkkeitä myös veriteitse muun muassa luustoon, keuhkoihin, maksaan ja aivoihin. (Blomqvist ym. 1999, 410; Holmia ym. 2008, 612; Anttila ym. 2009, 190.)

Rintasyövän tutkimuksista lääkäri tekee ensin rintojen kliinisen tutkimuksen; katselemalla (inspektio) sekä tunnustelemalla (palpaatio). Rintoja tarkastellaan eri asennoista, jolloin kasvaimen voi huomata epäsymmetrisyytenä ja ihomuutoksina. Palpaatiossa rinnat tutkitaan painalluksin ja pyöriä liikkein potilaan istuessa ja maataessa selällään. Mammografia eli rintojen röntgenkuvaus on rintojen kuvantamisen perusmenetelmä kliinisen tutkimuksen jälkeen. Mammografiaa tehdään rinnasta tuntuvan kyhmyn tai oireen selvittämiseksi ja sitä käytetään myös yli 50-vuotiaiden oireettomien naisten seulontatutkimuksena. Tutkimus on kivuton eikä tarvitse erityisiä valmisteluja. Röntgen-tutkimuksella voidaan löytää 2-3 mm:n suuriset kasvaimet. Mammografiassa todetusta kyhmystä voidaan ottaa tarvittaessa neulanäytteet ja tavallista mammografiaa voi täydentää tarkemmilla tutkimuksilla, kuten ultraäänellä, tietokonetomografiakuvauksella ja magneetikuvauksella sekä varjoainetutkimuksella. Mammografiaa käytetään joukkoseulonnoissa, jotka kohdistuvat erityisesti 50-59-vuotiaisiin naisiin. Rinnoissa esiintyvistä kyhmyistä valtaosa on hyväläatuisia kystia eli nesterakkuloita. Kystan hyvä- tai pahaläatuisuus voidaan selvittää mammografian yhteydessä imemällä rakkulasta nestepois ja kuvaamalla se uudelleen. Tutkimus toimii samalla myös hyväläatuisien kystien hoitomuotona. (Blomqvist ym. 1999, 410-411; Holmia ym. 2008, 612-613; Anttila ym. 2009, 190-191.)

Rintasyöpää sairastavan potilaan hoidon valintaan vaikuttavat kasvaimen koko, kasvaimen erilaistumisaste ja syövän mahdollinen leviäminen kainalon imusolmukkeisiin. Rintasyöpäpotilaan hoito on usein yhdistelmähoitoa, jossa hoitomuotoina ovat leikkaus ja sädehoito sekä lääkehoitoina hormonit ja solunsalpaajat sekä Herceptin-hoito. Leikkausmenetelmänä on yleensä säästävä leikkaus, jossa syöpäkudos poistetaan potilaan rinnasta ja imusolmukkeet kasvaimen puoleisesta kainalosta. Rinnanpoistoleikkauksessa poistetaan koko rintarauhanen, rintalihasta peittävä kalvo sekä kainalon imusolmukkeet. Kasvaimen poiston yhteydessä voidaan tehdä rinnan korjausleikkaus eli rintarekonstruktio, jonka myötä potilaan ei tarvitse käyttää rintaproteeseja. Korjausleikkauksen edellytyksenä on potilaan kunto ja syöpäkasvaimen paikallisuus. (Roche 2006 (Potilaan opas), 5; Holmia ym. 2008, 616; Anttila ym. 2009, 192.)

Rintasyöpätyyppejä ovat tiehytperäinen (duktaalinen) ja rauhasperäinen (lobulaarinen) rintasyöpä. Rinnassa on 15-20 rauhaslohkoa (lobulus), jotka sidekudos erottaa toisistaan, ja näitä rauhaslohkoja yhdistävät pienet tiehyet (ductus). *Tiehytperäinen* alle puolen sentin kokoinen varhaisvaiheen syöpäkasvain voidaan hoitaa rinnan säästävällä

leikkauksella eikä syöpäsoluja tuhoavaa ja kasvainta pienentävää sädehoitoa tarvita. Tiehytperäinen alle kolmen sentin In situ-kasvain voidaan myös hoitaa leikkaamalla, mutta tällöin leikkauksen jälkeen annetaan sädehoitoa. Koko rinta poistetaan, kun kasvaimen läpimitta on yli 3 cm. Leikkauksen yhteydessä voidaan tehdä myös rinnan korjaus. Leikkauksen jälkeistä sädehoitoa ei tarvita. Kun kyseessä on tiehytperäinen kasvain, ei kainalorasvaa eikä imusolmukkeita tarvitse poistaa. *Rauhasperäiseen* syövän esiasteeseen (LCIS) liittyy lisääntynyt riski saada syöpä molempiin rintoihin. Tämän vuoksi syöpää on suositeltavaa seurata mammografialla ja ultraäänitutkimuksella 1-2 vuoden välein. Ennaltaehkäisevää rintojen poistoa ei suositella, mutta se voidaan potilaan halutessa suorittaa. *Varsinainen rintasyöpä* (infiltoiva karsinooma) hoidetaan leikkaamalla osa rinnasta tai poistamalla koko rinta. Jos kasvain on alle 4 cm, voidaan suorittaa rinnan osapoisto, joka onnistuneena ei muuta rinnan ulkomuotoa kohtuuttomasti. Kainalon imusolmukkeisiin metastasointi selvitetään kainalon tyhjennyksellä. Tyhjenyksessä poistetaan kainalorasvaa imusolmukkeineen, jonka jälkeen imusolmukkeet tutkitaan. Kainalon imusolmukkeiden tila voidaan todeta myös vartijaimusolmukebiopsialla kasvaimen ollessa läpimitaltaan alle 3 cm. Vartijaimusolmukebiopsian vastauksen perusteella arvioidaan, onko kainalon imukudoksen tyhjennys tarpeellinen. Leikkausalueelle ja läheisiin imuteihin voi jäädä havaitsemattomia syöpäsoluja. Leikkauksen jälkeen annetaan sädehoitoa, joka tuhoaa jäljelle jääneitä syöpäsoluja ja vähentää kasvaimen uusiutumismahdollisuutta. Leikkauksen jälkeisellä sädehoidolla on melko vähän välittömiä haittavaikutuksia. Ennen leikkausta kasvainta voidaan pienentää solunsalpaajahoidoilla, jotta voidaan tehdä rinnan säästävä leikkaus. Ennen leikkausta annettavaa lääkehoitoa kutsutaan neoadjuvanttihoidoksi tai primaariseksi lääkehoidoksi. (Käypä hoito-suositukset 2007; Holmia ym. 2008, 617-619; Anttila ym. 2009, 193.)

Rintasyöpä voi olla myös **HER2-positiivinen**, jolloin solun pinnalla olevaa kasvusignaali-reseptoria (HER2) esiintyy runsaina määrinä syöpäsolujen pinnalla. Levinneistä rintasyövistä 20–30%:ssa esiintyy liikaa HER2-reseptoria. HER2-pitoisuus voidaan määrittää mittaamalla syöpäsolujen pinnalla olevan HER2-proteiinin määrä. HER2-proteiini kiihdyttää syöpäsolujen kasvua, johon voidaan vaikuttaa Herceptin-hoidolla. HER2-reseptori ottaa vastaan solun kasvua ja jakautumista sääteleviä signaaleja. Aikuisen ihmisen normaalien solujen pinnalla HER2-proteiinia on vähän, kun taas HER2-positiivisessa rintasyövässä tätä proteiinia on suuria määriä. Herceptin (trastutsumabi) on molekyyli, joka muistuttaa ihmiskehon omia vasta-aineita. Se sitoutuu rintasyöpäsolujen pinnalla olevaan HER2-proteiiniin, jolloin solun kasvu ja jakautuminen

estyy. Lisäksi Herceptin aktivoi elimistön oman immuunipuolustusjärjestelmän reagoimaan syöpäsoluja vastaan. Herceptin on 95%:sesti elimistön omien vasta-aineiden kaltainen, minkä ansiosta Herceptin-hoidon aiheuttamat allergiareaktiot ovat vähäisiä. Herceptin soveltuu ainoastaan potilaille, joilla HER2-proteiinin määrä on lisääntynyt, ja sitä käytetään sekä varhaisvaiheen että levinneen rintasyövän hoidossa. (Roche 2006 (Hoitaajan opas), 4; Roche 2006 (Potilaan opas), 4-5.)

Rintasyöpä uusi viiden ensimmäisen vuoden aikana yli 30%:lla potilaista. Myöhemmin uusiutuminen on harvinaista. Useimmiten uusiutumispaiikat ovat leikkausalueella, rintakehän seinämän ihossa, subkutaanitulassa eli ihonalaisissa kudoksissa sekä alueellisissa imusolmukkeissa. Rintasyövän uusiutuessa syöpä voidaan vain harvoin parantaa pysyvästi. Jos uusiutuma on vain rinnassa, voi parantuminen olla mahdollista leikkauksen ja sen jälkeisen sädehoidon sekä lääkehoidon avulla. Metastaasien kasvu muualla elimistössä voidaan pysäyttää lääkehoidolla. Potilaille, joilla sairauden uusiutumisvaara on ennusteeltaan suuri, aloitetaan leikkauksen jälkeinen ehkäisevä lääkehoito. Sädehoitoa, solunsalpaajia ja hormoneja käytetään liitännäishoitona vähentämään rintasyövän uusiutumisvaaraa. Liitännäishoidon valinnassa otetaan huomioon potilaan hormonireseptoripositiivisuus tai -negatiivisuus, HER2-tekijä, sekä onko nainen vaihdevuosi-ikäinen vai nuorempi. Jos potilas saa kaikki liitännäishoidot, aloitetaan solunsalpaajahoito aina ensin. Tämän jälkeen aloitetaan sädehoito ja hormonaalinen hoito. Hormonaalinen liitännäishoito on suositeltavaa rintasyöpätapauksissa, joissa rintasyöpäsolut ilmentävät estrogeeni- tai progesteronireseptoreita eli ovat hormonireseptoripositiivisia. Ennen vaihdevuosi-ikää sairastuneille naisille aloitetaan usein hoidon jatkoksi viisi vuotta kestävä antiestrogenilääkitys (tamoksifeeni). Vaihdevuosi-ikä ohittaneilla naisilla voidaan käyttää myös pelkästään hormonaalista lääkitystä, antiestrogenihoitoa tai aromataasin estäjälääkitystä. Hormonireseptoripositiivisen uusiutuneen rintasyövän hoito voidaan aloittaa myös lopettamalla munasarjojen toiminta leikkauksella, sädetyksellä tai lääkkeillä. Hormonireseptorinegatiivista rintasyöpää sairastavien potilaiden hoidossa hormonaalisesta lääkehoidosta ei ole hyötyä, vaan heille voidaan käyttää solunsalpaajia ja tarvittaessa vasta-ainehoitoa. (Käypä hoito-suositukset 2007; Holmia ym. 2008, 628–629; Anttila ym. 2009, 195.)

Syöpäpotilaan hoidossa pyritään potilaan kipujen minimoimiseen ja yleisvoinnin parantamiseen. Jokaiselle potilaalle valitaan hoito yksilöllisesti, ja valintaan vaikuttavat syövän luokitus, potilaan yleiskunto ja hänen oma mielipiteensä. Mahdollinen puoliso voi

mielellään osallistua keskusteluihin, sillä hänen roolinsa sairastuneen tukijana ja kannustajana on erityisen tärkeä. Hoitopäätöstä tehtäessä on tärkeää, että potilas ja hänen omaisensa saavat riittävästi tietoa hoitomahdollisuuksista ja osallistuvat päätöksen tekkoon aktiivisesti. Rintasyöpäpotilaalle rinnan poisto voi herättää myös surun ja naiseuden menettämisen tunteita ja leikkaus voi tuntua jopa väkivaltaiselta. Potilasta informoidaan rintaproteeseista ja rinnankorjausleikkauksesta, mikä voi auttaa potilasta katsomaan tulevaisuuteen ja tuo potilaan tietoisuuteen vaihtoehtoja rintaleikkauksen jälkeen. Rinnanpoiston kokenut naispotilas voi halutessaan valita rinnan korjausleikkauksen, mikä helpottaa sosiaalisia tilanteita, jolloin hänen ei tarvitse esimerkiksi selitellä rinnattomuuttaan yleisissä pukeutumis- ja peseytymistiloissa. Naisella on oikeus saada kokea tunteita, jakaa niitä ja olla edelleen nainen. Hoitaja voi kertoa potilaille ja heidän läheisilleen Suomen Syöpäjärjestön tukiryhmä- ja tukihenkilötoiminnasta. Tukihenkilö on itse syövän kokenut ja siitä parantunut, joka oman kokemuksensa ja tukihenkilökoulutuksensa pohjalta tukee vastasairastunutta. Tukihenkilö ei ole terveydenhuollon ammattilainen eikä ota kantaa hoitoa tai lääketiedettä koskeviin kysymyksiin, mutta on silti vaitiolovelvollisuuden alainen. Tukiryhmät ovat syöpään sairastuneille ja heidän omaisilleen tarkoitettuja vertaistuki- ja keskusteluryhmiä, joissa voi tavata muita syöpään sairastuneita, heidän omaisia sekä asiantuntijoita. (Holmia ym. 2008, 616-617, 620; Anttila ym. 2009, 192; Syöpäjärjestöt 2010a; Syöpäjärjestöt 2010b.)

2.4 Keuhkosityöpä

Keuhkosityöpä on miesten toiseksi yleisin syöpä Suomessa. Vuonna 1994 Suomessa sairastui keuhkosityöpään 2075 ihmistä, joista 1625 oli miehiä ja 450 naisia. Keuhkosityöpään sairastuneiden miesten keski-ikä on 68 vuotta ja naisten 71 vuotta eli keuhkosityöpä on pääasiassa iäkkäiden ihmisten sairaus. Parin vuosikymmenen aikana miesten sairastuvuus on vähentynyt, kun taas naisten sairastuvuus on lisääntynyt tupakoinnin seurauksena. Keuhkosityövän suurin aiheuttaja on tupakointi, vähintään 90% uusista potilaista tupakoi tai on entinen tupakoitsija. Passiivinen tupakointi johtaa arviolta 1-5%:iin keuhkosityöpätapauksista. Keuhkosityöpäriskiä lisäävät myös työ- ja elinympäristön kemialliset aineet, kuten asbesti, radon, arseeni-, nikkeli- ja kromiyhdisteet. Verrattuna tupakointiin näiden kemiallisten aineiden merkitys sairastumiseen on vähäinen. Keuhkosityöpä syntyy keuhkoputken tai keuhkokudoksen solujen muuttuessa pahalaatui-

siksi. Keuhkosityövän hoito ja toteamismenetelmät ovat kehittyneet nykyaikana, mutta edelleen keuhkosityöpä on usein huonoennusteinen. Keuhkosityöpään sairastuneista alle 15% on elossa viiden vuoden kuluttua diagnoosista. (Iivanainen & Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 672; Holmia ym. 2008, 432-433.)

Keuhkosityövän ensioireista tavallisimpia ovat yskä, toistuvat hengitysinfektiot (muun muassa keuhkokuume), veriset yskökset ja hengenahdistus. Veriyskää esiintyy lähes puolella potilaista ja se on ensimmäinen oire noin 30%:lla. Yli 40-vuotiaalla henkilöllä, jolla veriyskää ilmenee, on aina syytä hakeutua jatkotutkimuksiin. Yleisoireita voivat olla ruokahaluttomuus, heikkous, väsymys, kuumeilu ja laihduminen. Oireet voivat olla erilaisia riippuen siitä, missä kasvain sijaitsee ja mihin se on levinnyt sekä kuinka suureksi se on kasvanut. Potilaan oireet voidaan jakaa kolmeen erilaiseen ryhmään; kasvaimen paikallisesta leviämisestä aiheutuviin ja etäpesäkkeiden aiheuttamiin sekä oireisiin, jotka eivät ole suoraan yhteydessä primaarikasvaimen tai etäpesäkkeisiin. *Vena cava superior*-syndrooma on kiireellisiä toimenpiteitä vaativa keuhkosityövän aiheuttama oire. Syndroomassa kasvain painaa yläonttolaskimoa niin, että ylävartalolta tulevan laskimoveren paluu häiriintyy. Keuhkosityöpä on usein pitkään oireeton, ja oireiden ilmaantuessa ne ovat vaikeasti havaittavia, minkä seurauksena syöpä löydetään myöhäisvaiheessa ja etäpesäkkeitä on jo ehtinyt kehittyä. Keuhkosityöpä lähettää metastaaseja yleisimmin maksaan, luustoon, aivoihin ja lisämunuaisiin. (Iivanainen ym. 2001, 672; Holmia ym. 2008, 432-433; Anttila ym. 2009, 200-201.)

Keuhkosityövän diagnostisilla tutkimuksilla ja toimenpiteillä pyritään mahdollisimman tarkkaan kasvaimen luonteen ja levinneisyyden arvioon. Keuhkokasvainta epäiltäessä ensimmäinen tehtävä tutkimus on usein keuhkoröntgenkuva. Tärkeitä diagnoosiin johtavia toimenpiteitä ovat keuhkoröntgenkuvaus, yskösnäytteet, keuhkoputken tähytys eli bronkoskopia, jonka yhteydessä voidaan ottaa koepala sekä harjaus- ja imunäytteet. Spirometrian avulla selvitetään potilaan leikkauskelpoisuus. Spirometriatutkimus tehdään, sillä keuhkosityöpäpotilailla on usein muitakin keuhkojen toimintakykyä rajoittavia sairauksia. Spirometrialla saadaan selville, jääkö potilaalle leikkauksen jälkeen riittävästi keuhkopinta-alaa hengityskaasujen vaihtoon. Ennen potilaan hoitopäätöksen tekoa suoritetaan TNM-luokitus, jolla määritellään taudin levinneisyys. Ennen luokitusta, potilaalle suoritetaan tutkimuksia, joilla pyritään selvittämään: onko kasvain pienisolainen vai ei-pienisolainen, onko kasvain levinnyt välikarsinaan, toiseen keuhkoon tai thorax-

ontelon ulkopuolelle, voidaanko kasvain poistaa leikkauksella tai tulisiko potilaalle antaa sädehoitoa. (Holmia ym. 2008, 434; Anttila ym. 2009, 201.)

Keuhkosyövän hoitoennusteeseen vaikuttavat ikä, sukupuoli, sairauden levinneisyysaste ja yleisoireet. Naisten ennuste on usein parempi kuin miesten, sillä miehillä esiintyy enemmän huonoennusteisia pienisoluisia keuhkosyöpiä. Keuhkosyövän hoitomuotoja ovat leikkaus, sädehoito ja solunsalpaajahoito sekä palliatiivinen hoito eli oireenmukainen hoito. Huonokuntoinen, iäkäs potilas, jonka syöpäsairaus on pitkälle edennyt, hyötyy usein enemmän palliatiivisesta hoidosta. Kun potilas omaa hyvän yleiskunnon ja sairastaa rajoittunutta keuhkosyöpää, on hoidon tavoitteena sairauden parantaminen ja elinajan pidentäminen, jolloin hoitomuotoina ovat leikkaus, säde- ja solunsalpaajahoito. Koska nämä edellä mainitut hoitomuodot vaikuttavat potilaan sydämen ja keuhkojen toimintaan, tehdään ennen hoitojen aloittamista näiden elinten toimintatutkimuksia (kardiorespiratoriset funktiotutkimukset), joilla arvioidaan hoitomuotojen komplikaatiovaaroja. (Holmia ym. 2008, 435-436; Anttila ym. 2009, 201-202.)

Keuhkosyövän tyypeistä ei-pienisoluiset ja pienisoluiset karsinomat muodostavat 95%:n osuuden keuhkosyöpätapauksista. WHO:n luokitus jakaa keuhkosyövän seitsemään eri tyyppiin. Ei-pienisoluisia karsinoomamuotoja ovat levyepiteelikarsinooma, adenokarsinooma ja suurisoluinen anaplastinen karsinooma. Ei-pienisoluinen keuhkosyövän tehokkain ja lähes ainoa parantava hoitomuoto on leikkaushoito. Leikkaus voidaan tehdä potilaan yleiskunnon sen salliessa, mikä ei-pienisoluista keuhkosyöpää sairastavalla on harvinaista, koska vain 25%:lla potilaista syöpä todetaan tarpeeksi ajoissa leikkausta ajatellen. Kasvaimen sijainti ja laajuus määrittelevät leikkaustavan valinnan, jolloin potilaalta poistetaan joko yksi keuhkolohko (lobektomia) tai kokonaan toinen keuhko (pneumektomia). Ennen leikkausta potilaalle voidaan antaa solunsalpaajina tai sädehoitona neoadjuvanttihoitoa, jolla pyritään pienentämään kasvainta leikattavampaan muotoon ja näin ollen saavuttamaan parempi leikkaustulos. Leikkauksen jälkeen voidaan vielä tarvittaessa käyttää sädehoitoa esimerkiksi, jos koko kasvainta ei ole voitu poistaa. Levinnyt tai etäpesäkkeitä lähettänyt kasvain ei sovellu leikattavaksi. Potilaille, joille leikkaus ei ole mahdollinen, annetaan sädehoitoa tai solunsalpaajahoitoa hidastamaan taudin etenemistä ja lievittämään sen oireita. (Holmia ym. 2008, 436; Anttila ym. 2009, 201-202.)

Pienisoluinen keuhkosityöpä lähettää jo varhain etäpesäkkeitä keuhkojen ulkopuolelle, ja on ennusteeltaan huonompi kuin ei-pienisoluiset keuhkosityövät. Pienisoluisessa keuhkosityövässä leikkaushoitoa käytetään vain harvoin. Joskin leikkaamalla voidaan poistaa, niin varhaisvaiheessa todettu pieni kasvain kuin annetun solunsalpaajahoidon jälkeiset syövän jäännöksetkin. Ensisijainen hoito pienisoluisessa karsinoomassa on lääkehoito, joka toteutetaan yleisimmin suonensisäisillä yhdistelmähoidoilla, solunsalpaajilla. Hoidon alussa 90%:lla potilaista kasvain pienenee tai häviää kokonaan, mutta usein se kuitenkin uusiutuu myöhemmin. Hoitotulosta voidaan parantaa antamalla solunsalpaajien rinnalla sädehoitoa itse primaarikasvaimeen. Säde- ja solunsalpaajahoidojen vaikutusta voidaan tehostaa antamalla potilaalle interferonihoitoa ihonalaisina pistoksina. Yksittäin käytettynä interferoni on melko tehotonta. Interferoni on ihmiselimestön valkosolujen tuottamaa ainetta ja sitä käytetään biologisiin hoitoihin. Interferonihoidoilla voi olla flunssan oireita muistuttavia haittavaikutuksia ja pitkäaikainen hoito voi aiheuttaa potilaalle yleiskunnon laskua ja laihtumista, jolloin hoito tulisi keskeyttää joksikin aikaa. (Holmia ym. 2008, 436; Anttila ym. 2009, 202-203.)

Keuhkosityövän aiheuttamat toiminnalliset vaikeudet ilmenevät yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla, joten hoitohenkilökunnan tulee perehtyä jokaiseen potilastapaukseen erikseen. Potilaalla voi esiintyä erilaisia pelkoja leikkauksesta ja sen onnistumisesta. Tupakoivaa potilasta voidaan rohkaista tupakoinnin lopettamiseen varhaisessa vaiheessa ennen leikkausta, sillä se on eduksi potilaan hyvinvoinnille. Potilasta voi askarruttaa esimerkiksi selviytyykö hän yhdellä keuhkolla, onko hän leikkauksen jälkeen edelleen työkykyinen ja onko hengittäminen samanlaista kuin ennen operaatiota. Keuhkonpoisto-leikkauksesta toipuminen ja paraneminen ovat hitaita prosesseja ja potilaan on totuteltava tulemaan toimeen ilman toista keuhkoaan. Raskasta työtä tekevien potilaiden on keuhkonpoiston jälkeen harkittava ammatin vaihtoa tai työkyvyttömyyseläkettä. Vaikka lääketiede ohjaa potilaan hoitoa, otetaan kuitenkin huomioon potilaan oma mielipide ja kokonaistilanne. Ennen hoitopäätöksen tekoa potilaan kanssa kartoitetaan hänen tilansa niin, että hän ymmärtää sairauden luonteen, sen hoitomahdollisuudet ja hoidoista seuraavat haittavaikutukset. Lisäksi leikkaukseen menevän potilaan on valmistauduttava elämään ilman toista keuhkoaan. (Holmia ym. 2008, 435, 437.)

2.5 Eturauhassyöpä

Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpäsairaus Suomessa. Eturauhassyöpään Suomessa sairastui 4647 miestä vuonna 2006. Vuosittain siihen kuolee noin 770 miestä. Eturauhassyövän esiintyvyys lisääntyy huomattavasti 50 ikävuoden jälkeen ja tyypillinen eturauhassyöpäpotilas on iäkäs, yli 70-vuotias, mies. On havaittu, että eturauhassyövän ilmaantuvuudessa on rodullisia ja maantieteellisiä eroja; länsimaissa se on yleinen syöpätauti, kun taas Kaukoidässä merkittävästi harvinaisempi. Ruokavaliolla on vaikutusta eturauhasen liikakasvuun; aasialainen ruokavalio on vähärasvaista ja sisältää kasvistrokeenejä, kun taas länsimaisessa ruokavaliossa käytetään paljon eläinrasvaa. Sairastumisriskiä lisäävät runsas rasvansaanti, lihavuus ja tupakointi sekä suurentunut mieshormonipitoisuus. Eturauhassyöpätapauksista noin 5%:a on periytyviä, jolloin syöpäpotilaan miessukulaisilla on kohonnut riski sairastua eturauhassyöpään. Todettujen eturauhassyöpien määrän lisääntymiseen vaikuttavat suurelta osin miesten entistä herkempi hoitoon hakeutuminen ja PSA-testin (prostata spesifinen antigeeni) käyttö. Tauti etenee vaihtelevasti; joillakin hyvin nopeasti ja ärhäkkäästi, kun vuorostaan toisilla hitaasti ja oireettomasti. Mies voi sairastaa tietämättään piilevää eturauhassyöpää ja kuolla muutamana kuukauden sisällä syövän toteamisesta. (Kellokumpu-Lehtinen & Rannikko 1999, 374; Iivanainen ym. 2001, 680-681; Holmia ym. 2008, 671, 678-679; Anttila ym. 2009, 198.)

Eturauhassyövän oireet muistuttavat eturauhasen hyvälaatuisen liikakasvun eli hyperplasian oireita. Syövän oireet kuitenkin ilmaantuvat nopeasti 1-2 vuoden kuluessa, kun taas liikakasvun oireiden kehittyminen vie 5-10 vuotta. Toisaalta eturauhassyöpä ja hyperplasia voivat esiintyä myös yhtä aikaa. Eturauhassyöpä on yleensä aluksi oireeton tai oireet ovat lieviä. Tyypioireita ovat erilaiset virtsaamisvaivat, kuten virtsasuihkun heikkous ja katkonaisuus, tiheytynyt virtsaamisen tarve ja tunne, ettei virtsarakko tyhjene kunnolla. Yleinen eturauhasen aiheuttama virtsavaiva on tarve käydä virtsaamassa öisin useammin kuin ennen, jolloin kyseessä on yövirtsaaminen (nykturia). Hälyttäviä syövän leviämiseen viittaavia oireita ovat yleiskunnon heikkeneminen ja verivirtsa, jota voi ilmetä syöpäkudoksen tunkeuduttua virtsaputken tai -rakon limakalvoon. Eturauhassyöpäpotilaista noin 20%:lla ensioireet ovat etäpesäkkeiden aiheuttamia kipuoireita, kuten lantion, alaselän ja lonkkien kiputiloja. (Kellokumpu-Lehtinen ym. 1999, 376; Iivanainen ym. 2001, 681; Holmia ym. 2008, 671, 679-680; Anttila ym. 2009, 198.)

Eturauhasen tutkimuksista ensimmäinen ja tärkeä tutkimus on eturauhasen tunnustelu peräsuolen kautta (tuseeraus, TRP). Syöpäepäilyyn herättävät eturauhasen kovuus, kiinteys ja kyhmyisyys, jolloin potilas lähetetään jatkotutkimuksiin. Yli 50-vuotiaiden miesten olisi hyvä tutkituttaa säännöllisesti eturauhasensa lääkärikäynnin yhteydessä. Transrektaalisessa kaikututkimuksessa (TRUS) huomioidaan eturauhasen koko, muoto ja kaikurakenne sekä syövän paikallinen levinneisyys. Tämän tutkimuksen yhteydessä voidaan ottaa epäilyttävästä kudoksesta ohutneulabiopsia eli kudoksenäyte, josta tutkitaan syöpäsolut ja niiden erilaistumisaste. Ohutneulabiopsia otetaan joko peräsuolen kautta tai peräaukon ja kivespussin välissä olevan välilihan lävitse. Ylemmät virtsatiet tutkitaan, koska eturauhassyöpä voi levitä virtsarakon alle, jonka seurauksena on virtsajohtimien tukkeutuminen. Eturauhasen kokoa pystytään määrittämään myös tietokonetomografiakuvauksella (CT), mutta tutkimus ei anna tietoa rakenteesta. Magneettitutkimus on ultraäänitutkimusta tarkempi ja sillä voidaan selvittää myös syövän leviäminen lantion imusolmukkeisiin ja niiden mahdollinen suurentuminen. Lantion imusolmukkeiden suurentuminen ja sen syy voidaan varmistaa laparoskopian eli vatsaontelon täyhystyksen tai leikkauksen yhteydessä. Prostataspesifinen antigeeni (PSA) on valkuaisaine, jota erittyy eturauhaskudoksesta. PSA on eturauhassyövän merkkiaine, jonka normaalipitoisuus veriseerumissa on 4 µg/l, mutta syöpäpotilaalla PSA-pitoisuus on huomattavasti suurempi, yli 10 µg/l. Jos PSA-arvo on korkea, siirrytään kuvantamismenetelmillä suoritettaviin jatkotutkimuksiin. Tyypillisesti eturauhassyöpä lähettää etäpesäkkeitä luustoon, joiden selvittämiseen voidaan käyttää luuston radioisotooppikartoitusta ja natiiviröntgentutkimusta. Radioisotooppitutkimuksessa radioaktiivinen tutkimusaine ruiskutetaan potilaan verenkiertoon, josta se kulkeutuu luuston vioittuneisiin kohtiin, minkä jälkeen tutkimuslaite rekisteröi tilanteen. (Rannikko & Lukkarinen & Ruutu & Taari & Tammela 1995, 287-289; Kellokumpu-Lehtinen ym. 1999, 377; Iivainen ym. 2001, 681; Holmia ym. 2008, 680-681; Anttila ym. 2009, 198.)

Eturauhassyövän paikallista levinneisyyttä kuvataan TNM-luokituksen asteikoilla T1-4. T1-luokituksella tarkoitetaan pientä, paikallista eturauhaskapselin sisäistä eturauhassyöpää, jossa kasvainkudos peittää alle puolet eturauhasesta ja kasvainta ympäröivä kudos on normaalia. Syöpäasteista T2 on rajoittunut eturauhaseen, mutta on laajentanut tai muuttanut eturauhasen muotoa. T3 on kapselin läpi levinnyt kasvain eli se ulottuu eturauhasen ulkopuolelle ja mahdollisesti rakkularauhaseen. Vuorostaan T4 on pitkälle edennyt ja ympäristöön levinnyt eturauhassyöpä. TNM-luokitusta käytetään eturauhas-

syövän hoitopäätöksen teossa. (Kellokumpu-Lehtinen ym.1999, 378-379; Iivanainen ym. 2001, 681; Holmia ym. 2008, 681-682; Anttila ym. 2009, 198.)

Eturauhassyöpäpotilaan hoitomuodon valintaan vaikuttavat kliininen luokitus (TNM), potilaan ikä ja yleiskunto sekä muut sairaudet. Pienen, paikallisen eli kapselin sisäisen (intrakapsulaarisen) (T1-2) syövän hoitomuotoja ovat aktiivinen seuranta, radikaalileikkaus ja radikaalinen sädehoito. Aktiivinen seurantahoito kohdistetaan yli 70-vuotiaille, vähäoireisille ja todennäköisesti hitaasti etenevän, hyvin erilaistuneen varhaisvaiheen syövän omaaville miespotilaille. Iäkkäät potilaat eivät välttämättä halua radikaalia leikkausta tai sädehoitoa eivätkä huonon yleiskuntonsa puolesta sovellu leikattavaksi. Radikaalileikkauksessa (prostatektomia) poistetaan eturauhanen ja rakkularauhaset. Silloin kun potilas ei sovellu radikaalileikkaukseen, voidaan hänelle vaihtoehtoisesti antaa sädehoitoa. Sädehoitojakso kestää 6-8 viikkoa, ja hoidon sivuvaikutuksia ovat ripuli, ulostamiskipu, virstankarkailu ja impotenssi. Kapselin sisäisissä eturauhasen alueelle rajoittuneissa syövässä (T1-2) sädehoidon tulokset ovat usein hyviä ja niillä voidaan saavuttaa pysyvä paraneminen. (Kellokumpu-Lehtinen ym.1999, 378-379; Iivanainen ym. 2001, 681; Holmia ym. 2008, 682, 685; Anttila ym. 2009, 198-199.)

Kapselin ulkopuolelle levinnyt syöpä (T3) ei sovellu hoidettavaksi leikkauksella, vaan sen sijaan siihen voidaan käyttää sädehoitoa, jonka tarkoituksena on pienentää kasvainta ja hidastaa syövän etenemistä. T3- luokitelluilla syöväillä on huonompi paranemisennuste ja siihen käytetyllä sädehoidolla saavutetaan heikommat hoitotulokset kuin kapselin sisäisissä syövässä. Ympäristöön levinneeseen eturauhassyöpään (T4) käytetään hormonihoitoa, joka estää testosteronin eturauhassyöpää kasvattavan vaikutuksen. Hormonaalinen eli endokriininen hoito on tehokas apu alkuvaiheessa, mutta sen teho heikkenee vähitellen, kunnes lakkaa kokonaan. Hoitovaste hormonihoidolle voi kestää kuu-kausista vuosiin. Hormonihoidolle vaihtoehtona on kivesten poisto (orkiektomia), koska suurin osa mieshormoneista tulee kiveksistä. Mieshormonin tuotannon vähentämiseen voidaan vaikuttaa myös hormonivalmisteilla: estrogeenihoidolla, LHRH- analogeilla ja antiandrogeneilla. Hormonivalmisteita voidaan tarvittaessa yhdistellä haittavaikutusten minimoimiseksi. Kun eturauhassyöpä ei enää reagoi hormonivalmisteisiin, niin silloin syöpä muuttuu hormoniresistentiksi. Solunsalpaajilla on eturauhassyövän hoidossa usein huono teho. Eturauhassyövässä käytetyin solunsalpaaja on estramustiinifosfaatti, joka on suun kautta annosteltava kapseli. Estramustiinifosfaatti sisältää estrogeenia ja

sinappiakaasua. (Kellokumpu-Lehtinen ym.1999, 379-380; Iivanainen ym. 2001, 681-682; Holmia ym. 2008, 682, 685-686, 688; Anttila ym. 2009, 199.)

Potilaan on tärkeää tietää mihin ja keihin hän voi tarvittaessa ottaa yhteyttä sairauttaan ja hoitoaan koskevissa asioissa. Potilaan tulisi saada keskusteluapua omien läheistensä lisäksi häntä hoitavalta lääkäriltä ja hoitajilta. Hoidot voivat aiheuttaa muutoksia miehen sukupuolitoimintoihin, mistä miespotilaan tulee olla tietoinen ennen hoitopäätöksen tekoa. Potilaan kanssa keskustellaan avoimesti hoidon tuomista sivuvaikutuksista, kuten virtsanpidätyskyvyttömyydestä, erektiohäiriöistä ja impotenssista sekä seksuaalisesta haluttomuudesta. Eturauhassyöpä on suuresti yhteydessä miehen seksuaalisuuteen ja voi aiheuttaa paineita ja pelkoja sekä koetella miehisyyden tunnetta ja parisuhdetta. Erektiohäiriöitä ja impotenssia voidaan hoitaa lääkkeillä, kirurgialla ja terapialla. Hoito valitaan jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti, ja jokaisella potilaalla on oikeus omien elämänarvojen nojalla valita riskinsä. Kieltäytyminen esimerkiksi impotenssia aiheuttavista hoitomuodoista voi lyhentää potilaan elinaikaa, mutta hänen seksuaalisuutensa säilyy mahdollisesti ennallaan pidempään. (Holmia ym. 2008, 688-689; Anttila ym. 2009, 200.)

3 SOLUNSAALPAAJAHOITO

Solunsalpaajat eli sytostaatit otettiin hoitokäyttöön ensimmäisen kerran 1940-luvulla, kun niiden havaittiin aiheuttavan samanlaisia solumuutoksia kuin sädehoidon. Solunsalpaajat ovat pahanlaatuisten kasvainten systeemissä hoidossa käytettäviä kemiallisia aineita. Solunsalpaajilla on sekä normaaliin että pahanlaatuiseen solukkaan kohdistuva solujen kasvua ja lisääntymistä hidastava ja estävä vaikutus. Solunsalpaajien sytotoksisuus eli solumyrkyllisyys vaikuttaa syöpäsolujen jakautumiskiertoon eli solusykliin, jolloin syöpäsolut vaurioituvat eivätkä pysty enää lisääntymään tai kasvamaan vaan kuolevat. Verenkierron mukana lääkkeet kulkeutuvat kaikkialle elimistöön ja näin ollen myös vaikuttavat alkuperäisen eli primaarikasvaimen ulkopuolella tuhoamalla mahdollisia pieniä syöpäkasvaimia. Syöpäpotilaan solunsalpaajahoidon valintaan vaikuttavat yksilölliset perusteet, kuten potilaan yleiskunto, ikä, syövän laatu ja levinneisyysaste. Solunsalpaajahoidon päämääränä on parantaa pahanlaatuinen syöpä, lievittää kasvaimen aiheuttamia oireita ja estää syövän leviämistä ja uusiutumista. Lisäksi solunsalpaajahoidolla täydennetään leikkaus- ja sädehoitoa. Solunsalpaajahoidon on käytettävissä useita kymmeniä erilaisia lääkeaineita ja niitä voidaan käyttää yhdistelmähoitona. Nykypäivänä käytössä on uudentyyppisiä, käyttökelpoisempia ja paremmin siedettäviä solunsalpaajavalmisteita. Solunsalpaajat ovat vakiintuneet tärkeäksi lääkehoidolliseksi menetelmäksi syövän hoidossa. (Nevasaari 1985, 32; Dahlberg 1996, 5; Elonen ym. 1998, 47; Elonen & Wiklund 1999, 135; Holmia ym. 2008, 110-111, 118-119; Syöpäjärjestöt 2010e.)

3.1 Solunsalpaajat ja niiden vaikutustavat

Solunsalpaajilla vaikutetaan solusyklin eri vaiheisiin. Solunsalpaajia voidaan kutsua non-faasispesifisiksi tai faasispesifisiksi riippuen niiden vaikutuksesta solun jakautumiskiertoon. Non-faasispesifiset solunsalpaajat vaikuttavat solusyklin useissa vaiheissa ja puolestaan faasispesifiset vain tietyssä vaiheessa. Solusykli voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen: G1, S, G2 ja M. G1-vaiheessa RNA:ta ja proteiineja tuottava solu valmistuu DNA-synteesiin. S-vaiheessa tapahtuu DNA-synteesi, jossa DNA-molekyylit ja kromosomit kahdentuvat. G2-vaiheessa solu valmistuu M-vaiheeseen, jossa mitosi tapahtuu ja solu jakautuu. Solusyklin vaiheista G2- ja M-vaiheet ovat solunsalpaajille

herkimmät, kun taas resistentein eli vastustuskykyisin on S-vaihe. Solunsalpaajahoidon teho määräytyy kasvaimen solujen jakautumisnopeuden ja jakautumiskierrossa olevien solujen määrän mukaan. Tehokkaan ja haittavaikutuksia aiheuttavan solunsalpaaja-annoksen ero on pieni, koska niille on ominaista kapea terapeutinen leveys. Solunsalpaajaherkkyyteen vaikuttavat kasvaimen koko ja sen kasvuvaihe. Varhaisvaiheen kasvaimessa kasvu ja kahdentumisnopeus ovat suurimmillaan, jolloin solunsalpaajat tehoavat paremmin kuin kasvaimen myöhäisemmässä vaiheessa, jossa suuri osa soluista on levossa jakautumisen suhteen. (Elonen ym. 1998, 20, 47, 49; Elonen ym. 1999, 136-138; Holmia 2008, 119.)

Solunsalpaajat jaetaan non-faasispesifistisen ja faasispesifistisen ryhmän lisäksi lajeihin niiden vaikutusmekanismien perusteella. Solunsalpaajat vaikuttavat lajista riippuen solusyklin eri vaiheisiin. Suurimpia solunsalpaajalajiryhmiä ovat alkyloivat aineet, antimetaboliitit, mitoosin estäjät ja kasvainantibiootit. Pienempiä solunsalpaajaryhmiä ovat podofyllotoksiinijohdokset, topoisomeraasi I:n estäjät ja platiinajohdokset sekä entsyymit. Non-faasispesifisia solunsalpaajia ovat alkyloivat aineet, kasvainantibiootit ja platinajohdokset, jotka vaikuttavat useisiin solusyklin vaiheisiin. Vuorostaan faasispesifisia solunsalpaajia ovat antimetaboliitit, podofyllotoksiinijohdokset ja mitoosin estäjät, jotka vaikuttavat vain tietyssä jakautumiskierron vaiheessa. (Elonen ym. 1999, 136-137; Holmia 2008, 119.)

Alkyloivat aineet katkovat DNA-ketjuja ja muodostavat DNA-ketjujen kanssa alkyylisiltoja, jolloin DNA:n ja RNA:n synteesi estyy tai johtaa rakennevirheisiin. Nämä tapahtumat estävät solujen lisääntymisen. Alkyloivat aineet voivat pitkäaikaisessa tai suuriannoksissa hoidossa aiheuttaa infertiliteettiä eli hedelmättömyyttä. Lisäksi ne ovat epämuodostumia aiheuttavia (teratogeenisia) ja DNA:ta vahingoittavia sekä syövälle altistavia (karsinogeenisia). Alkyloiviin aineisiin kuuluu esimerkiksi syklofosfamidi, jota käytetään muun muassa rintasyövän yhdistelmähoidossa yhtenä lääkeaineena. (Elonen ym. 1999, 151; Holmia 2008, 119.)

Antimetaboliitit ovat useimmiten rakenteeltaan DNA- ja RNA-synteeissä tarvittavien normaalin aineenvaihdunnan tuotteiden kaltaisia eli foolihapon, puriinien tai pyrimidiinien analogeja. Rakenteellisen samankaltaisuutensa vuoksi antimetaboliitit voivat syrjäyttää tai aiheuttaa nukleiinihapposynteesissä tarvittavan ainesosan puuttumisen kulkumalla elimistön oman ainesosan tilalle. Lisäksi antimetaboliitit voivat sitoutua

nukleiinihappoon aiheuttaen virheellisen toiminnan tai herkemmän alttiuden vaurioitua. Pemetreksedi on yksi antimetaboliiteista, jota käytetään ei-pienisoluisen keuhkosyövän ja keuhkopussin mesoteelisolukon syövän hoidossa.

(Elonen ym. 1998; 50, 52; Elonen ym. 2007, 176, 180-181; Holmia 2008, 119.)

Mitoosin estäjät pysäyttävät solujen jakaantumisen mitoosivaiheessa, jolloin ne sitoutuvat proteiineihin ja näin estävät tubuliiniproteiineista rakentuvan tuman sukkularihmaston muodostumisen. Kun tubuliiniproteiinit osallistuvat mitoosin lisäksi ylläpitämään solun sisäistä kuljetusta, muotoa ja liikkeitä sekä erityistä, syntyy haittavaikutuksia mitoosin estäjien aiheuttaessa näissä solun toiminnoissa häiriöitä. Vinka-alkaloideista muun muassa vinblastiinia annetaan osana lymfoomien, munuaissyövän ja kivessyövän yhdistelmähoitoa. (Elonen 1998, 933; Elonen ym. 1998; 55; Elonen ym. 2007, 181; Holmia 2008, 119; Nurminen 2008, 315.)

Kasvainantibiootit estävät DNA- synteessin sitoutumalla DNA:n kaksoisketjujen väliin. Lisäksi ne voivat vaurioittaa DNA:ta aiheuttamalla DNA- säikeiden katkoksia. Antrasykliinit ovat kasvainantibiootteja, joista on tehty useita puolisynteettisiä johdoksia, ja eräitä antrasykliinejä valmistetaan kokonaan kemiallisin menetelmin. Antrasykliineistä esimerkiksi streptomycetes-bakteerin tuottamaa doksorubisiinia käytetään rintasyövän ja pienisoluisen keuhkosyövän hoidossa. (Elonen 1998, 933; Elonen ym. 1998, 53; Holmia ym. 2008, 119; Nurminen 2008, 315-316.)

3.2 Solunsalpaajahoidon tavoite ja solunsalpaajien annostelu potilaalle

Solunsalpaajahoidon tavoitteet määräytyvät yksilöllisesti hoidettavan potilaan mukaan. Solunsalpaajahoidon tavoitteena voi olla syövästä parantaminen tai elpymävaihe eli remissio, jossa oireet lievenevät ainakin väliaikaisesti. Hoidon tavoite voi olla myös palliatiivinen, jolloin pyritään oireenmukaiseen hoitoon, etenkin syövän aiheuttamien fyysisten oireiden lievittämiseen, ja taudin etenemisen hidastamiseen. Palliatiivisella hoidolla voidaan parantaa potilaan elämänlaatua ja pidentää elinikää. Syövästä riippuen kaikkien potilaiden hoidoksi ei riitä pelkästään solunsalpaajat. Paras hoitotulos saavutetaan, kun yhdistellään eri hoitomuotoja mahdollisuuksien mukaan oikealla ajoituksella. Neoadjuvanttihoitolla tarkoitetaan ennen leikkausta tai sädehoitoa annettavaa

solunsalpaajahoidoa, jolla pyritään pienentämään paikallista kasvainta. Neoadjuvanttihoito luo paremmat edellytykset leikkaukselle, ja se mahdollisesti estää metastaattista leviämistä leikkauksen aikana. Adjuvantti- eli liitännäishoidossa solunsalpaajat annetaan leikkauksen jälkeen täydentävänä hoitona tuhoamaan mahdollisesti jääneitä metastaaseja ja parantamaan hoidon tulosta. Syövän uusiutumisariski pienenee adjuvanttihoiton myötä. (Elonen ym. 1999, 140; Holmia ym. 2008, 119; Nurminen 2008, 316; Anttila ym. 2009, 172-173.)

Solunsalpaajien annostelussa käytetään tavallisimmin useamman lääkkeen yhdistelmää eli kombinaatiota. Yhdistelmähoitoon valitut solunsalpaajat ovat tehokkaita kyseisen syöpätaudin hoitoon ja omaavat eri vaikutusmekanismin. Yhdistämällä eri solunsalpaajia ja antamalla niitä joko samanaikaisesti tai jaksotettuna, voidaan tavoittaa eri jakautumisvaiheessa olevat solut lääkevaikutukselle herkässä vaiheessa. Yhdistelmähoitoa käytettäessä lääkeresistenssin kehittymisen riski pienenee ja haittavaikutukset ovat vähäisempiä kuin yksittäin annostelluilla solunsalpaajilla. Kun hoidolla tähdätään pysyvään paranemiseen tai remissioon, käytetään suuria solunsalpaaja-annoksia tihein antovälein, jotta hoito olisi mahdollisimman tehokasta. Tällöin joudutaan hyväksymään myös monia solunsalpaajista koituvia haittavaikutuksia. Palliatiivisessa hoidossa solunsalpaajien annostelulla pyritään mahdollisimman vähäisiin sivuvaikutuksiin. Suuri osa solunsalpaajista annostellaan potilaalle suonensisäisellä (iv) bolusinjektiolla tai infuusiolla, mutta niitä voidaan antaa myös injektiona lihakseen, ihon alle tai suun kautta tablettina. Harvemmissa tapauksissa solunsalpaajahoido voidaan antaa valtimoon, tai paikallisesti esimerkiksi virtsarakkoon. (Elonen ym. 1999, 139; Holmia ym. 2008, 119.)

Riippuen syövästä pysyvä paraneminen voidaan saavuttaa pelkästään solunsalpaajahoidolla tai sen ja muiden hoitomuotojen yhdistämisellä, jolloin syöpäsolujen tuhouduttua syöpä ei enää uusiudu. Monesti solunsalpaajahoidon myötä osa kasvaimista pienenee olennaisesti tai häviää kokonaan voiden jättää mahdollisesti pieniä syöpäsoluja, jotka voivat lisääntyä ja aiheuttaa näin syövän uusiutumisen eli relapsin. Tällöin saavutetaan kuitenkin väliaikainen osittainen hoitovaste ja vähäisempi palliatiivinen hoitotulos. Toisaalta solunsalpaajahoidolla ei saada tietyissä syövässä enemmistötapauksissa lainkaan vastetta. Hoitovasteen arviointikeinon valintaan vaikuttavat potilaan syöpätauti ja sen levinneisyysaste, jolloin standardoituja, tehokkaita tutkimusmenetelmiä hyödyntäen voidaan tehdä luotettavasti hoitovasteen arviointi. Vasteen arvioinnissa käytetyimpiä tutkimuksia ovat kuvantamistutkimuksista CT, röntgen- ja kaikukuvaus sekä solunäyt-

teet eli sytologiset tai kudosopilliset eli histologiset näytteet. (Elonen ym. 1998; 68; Elonen ym. 2007, 164-165.)

3.3 Solunsalpaajahoidon haittavaikutukset

Solunsalpaajien vaikutus kohdistuu syöpäkudoksen lisäksi terveeseen kudokseen, jonka nopeimmin jakautuvat solut kärsivät usein haittavaikutuksista eniten. Solunsalpaajien vaikutuksille herkimpiä ovat kudokset kuten luuydin, limakalvo, karvatuppi ja sikiö. Useilla solunsalpaajilla on teratogeeninen vaikutus, minkä vuoksi niitä ei tulisi käyttää raskauden aikana. On huomioitavaa, että haittavaikutuksilta vaikuttavat oireet voivat johtua solunsalpaajien lisäksi itse syövästä, infektiosta, tai muusta sairaudesta ja lääkytyksestä. Solunsalpaajat omaavat kapean terapeuttisen leveyden, jolloin tehokkaan ja haittavaikutuksia aiheuttavan annoksen ero on pieni. Kapean terapeuttisen leveyden ja toksisten sivuvaikutuksien suuren vaaran vuoksi on arvioitava tarkasti hoidosta saatavat hyödyt ja haitat. Toisaalta tehokkaaseen solunsalpaajahoittoon liittyvät monesti merkitävät haittavaikutukset, eikä niiden liiallisessa pelossa tulisi vähentää tehokasta hoitoa, mikä johtaisi huonompaan hoitotulokseen. Syövän parantaminen ja hyvän remission saavuttaminen on harvoin mahdollista ilman solunsalpaajia. (Elonen ym. 1998, 83; Elonen ym. 2007, 167.)

Pahoinvointi on solunsalpaajien haittavaikutuksista yleisin ja potilaiden eniten pelkäämä oire. Kaikki solunsalpaajat eivät kuitenkaan aiheuta pahoinvointia, vaan sen ilmeminen riippuu solunsalpaajan laadusta, annoksesta ja potilaan pahoinvointiherkkyydestä. Solunsalpaajien aiheuttama pahoinvointi johtuu niiden keskushermostoa ja mahalaukkua ärsyttävästä vaikutustavasta. Pahoinvointi voi ilmetä voimakkaana, lyhytkestoisena oksenteluna tai jatkuvana kuvotuksen tunteena. Pahoinvointi voi olla välitöntä, jolloin se alkaa 1-6 tunnin kuluttua hoidosta ja kestää noin 24 tuntia, tai viivästynyttä, jolloin se ilmenee vasta 2-4 vuorokauden jälkeen hoidosta. Hoidon jälkeistä pitkittynyttä pahoinvointia voi kestää useiden vuorokausien ajan. Joillekin potilaille toistuvat solunsalpaajahoidojaksot voivat aiheuttaa ennakoivaa psyykkistä (antisipatorinen) pahoinvointia, jolloin pelkkä hoidon ajatteleva onkin huono onni. Potilaat, joilla on taipumusta matkapahoinvointiin, ruoka-aineallergioihin ja voimakkaaseen jännittämi-

seen, voivat herkästi kärsiä ennakkoivasta pahoinvoinnista. (Elonen ym. 1998, 90; Iivainen ym. 2006, 742; ; Elonen ym. 2007, 169-170; Holmia ym. 2008, 120-121.)

Parhaita hoitotuloksia pahoinvoinnin hoidossa saadaan ennaltaehkäisevällä lääkehoidolla, jolla voidaan vähentää ja lievittää pahoinvoinnin ilmenemistä sekä välttää psyykkisen pahoinvoinnin kehittyminen. Pahoinvoinnin ehkäisyyn käytettäviä lääkkeitä ovat 5-HT₃-reseptorin salpaajat (granisetroni, ondansetroni ja tropisetroni), jotka ovat tehokkaimpia välittömän pahoinvoinnin ehkäisyssä. Lievän pahoinvoinnin ehkäisyyn riittävät lääkitykseksi metoklopramidi ja/tai deksametasoni, ja psyykkiseen pahoinvointiin voidaan antaa lisäksi loratsepaamia. Viivästynyttä pahoinvointia voidaan lääkitä metoklopramidilla ja kortikosteroideilla. Potilaan pahoinvoinnin hoidossa on tärkeää huolehtia nestetasapainosta ja riittävästä ravinnon saannista sekä suuhygieniasta. Tärkeää solunsalpaajien antotilanteessa on myös huoneen rauhallisuus, siisteys ja raikkaus, sillä epämiellyttävä haju ja melu lisäävät pahoinvointia. Aterioinnista on hyvä tehdä viihtyisää ja syödä usein pieniä runsasenergisii aterioita. Koska potilaan ruokahalu voi olla heikentynyttä, olisi potilaan suotavaa toteuttaa mielihalujaan ruoan suhteen. Happamat ruoka-aineet, kuten virvoitusjuomat, ja ruokailun jälkeinen lepo voivat helpottaa pahoinvointia. (Elonen ym. 2007, 170; Holmia ym. 2008, 121.)

Ihon ja limakalvon oireet ovat yleisiä solunsalpaajien aiheuttamia haittavaikutuksia. Solunsalpaajat, kuten metotreksaatti ja bleomysiini, aiheuttavat potilaalle mukosiittia, jolla tarkoitetaan syövän solunsalpaaja- ja sädehoitoon liittyviä limakalvovaurioita. Tavallisimpia limakalvovaurioiden ilmaantumispaiikkoja ovat suu ja suolisto. Limakalvovaurioiden aiheuttamat oireet ilmenevät suun kipuna ja haavaumina, nielemiskipuna, ripulina, nuhana, silmien kirvelynä sekä kyynelvuotona. Suun kuivumista ja limakalvovaurioita voi ehkäistä hyvällä suuhygienialla ja apteekista saatavilla suun hoito- ja kostutustuotteilla. Potilasta voidaan ohjata kotona helpottamaan suun limakalvo-oireita suolavedellä purskuttelemalla, juomalla runsaasti vettä ja käyttämällä ksylitol -tuotteita lisäämään syljen eritystä. Suun limakalvojen ollessa ärsyntyneet potilas voi nauttia rauhoittavaa kamomillateetä ja mietoja, soseutettavia ruokia sekä kylmiä, suuta puuduttavia nesteitä. Silmien kirvelyn ja kyynelvuotoon käytetään oireenmukaista hoitoa, kuten silmätippoja. (Suomen Hammaslääkäriliitto 2007; Holmia ym. 2008, 122-123; Nurminen 2008, 317-318.)

Ripulista voi seurata nestetasapainon häiriintymistä, jolloin potilaan on nautittava runsaasti nesteitä ja syödä ummetusta edistävää niukkakuituista ravintoa. Kun ripuli pitkityy, on vetistä ja kestää yli kaksi päivää on aloitettava iv.- nestehoito. Potilasta voidaan ohjata kotona välttämään kaasua muodostavia ravintoaineita, kuten kahvia, herneitä, kaalia, papuja ja voimakkaita mausteita. Myös maitotuotteita on hyvä välttää, jos ne ärsyttävät vatsaa. Solunsalpaajat voivat aiheuttaa ripulin lisäksi ummetusta, jota hoidetaan runsaskuituisella ruokavaliolla, liikunnalla ja tarvittaessa ummetukseen hoitoon tarkoitetuilla lääkkeillä. Solunsalpaajien haittavaikutuksiin kuuluvat myös genitaalien limakalvojen kuivuminen ja ärsyntyminen sekä iho-oireet, kuten punoitus, kutina ja kuivuminen. Ihoa voidaan hoitaa perusvoiteilla ja genitaalien limakalvoja niille tarkoitetuilla rauhoittavilla ja kosteuttavilla tuotteilla. (Holmia ym. 2008, 122-123; Nurminen 2008, 317-318.)

Luuydin- ja elintoksisuus ovat solunsalpaajahoidon merkittävimpiä haittoja, jotka ilmenevät hoidon myöhäisvaiheessa. Tällöin solunsalpaajat aiheuttavat luuytimen lamaantumisen, jolloin verisoluja muodostavien kantasolujen määrä vähenee. Luuydintoksisuus ilmenee 1-2 viikon kuluessa veri-arvomuutoksina; valkosolujen puutteena (leukopenia), verihiutaleiden vähäisyytenä (trombosytopenia) ja myöhemmin punasolujen puutteena (anemia). Valkosolujen määrän väheneminen kasvattaa infektioriskiä, koska valkosolut osallistuvat infektioiden torjuntaan. Valkosolujen määrän laskuun liittyvää infektioaltumusta voidaan vähentää antamalla potilaalle granulosityyttien kasvutekijöitä. Verihiutaleiden eli trombosyyttien vähenemiseen liittyy kasvanut verenvuoto-oireiden vaara. Verenvuotoja estetään ja hoidetaan trombosyyttien siirroilla. Punasolujen määrän lasku voi useilla potilailla johtaa anemiaan, jota oireiden ilmaantuessa hoidetaan punasolusiirroilla. Anemia korjaantuu täysin hoitojen loputtua. Solunsalpaajahoidosta johtuvat verisolumuutokset ovat suurimmillaan 10–14 vuorokauden kuluttua annetusta hoidosta, jolloin potilaan verenkuvat tutkitaan. Toistuvat solunsalpaajahoidot ajoitetaan niin, että luuydin voi toipua tarvittavan 3-4 viikkoa ennen seuraavaa hoitokertaa. Infektioaltista potilasta ohjataan tartuntavaaran minimoimiseksi välttämään kontaktia ihmisiin, joilla on jokin infektio. Elimiin kohdistuvien haittavaikutuksien riski kasvaa, kun solunsalpaaja-annosta kasvatetaan. Haittavaikutukset voivat kohdistua esimerkiksi munuaisiin, maksaan tai sydämeen. Sydämeen kohdistuva vakava toksinen haittavaikutus on antrasykliinien aiheuttama sydänlihaksen vaurio, josta voi seurata sydämen vajaatoiminta. Maksaan kohdistuvia haittavaikutuksia voi solunsalpaajista aiheuttaa muun muassa metotreksaatti ja munuaisiin kohdistuvia vaikutuksia sisplatiini. Munuais-

ten vajaatoiminnan kehittymistä voi vähentää runsaalla nesteen nauttimisella ja diureesin ylläpidolla. (Elonen ym. 1998, 93; Holmia ym. 2008, 121-122, 366; Nurminen 2008, 318.)

Hiustenlähtö joko osittain tai täydellisesti on tavallinen useiden solunsalpaajien haittavaikutus, josta voi muodostua osalle potilaista myös suuri sosiaalinen ja psykologinen haitta. Koska hiustupen hiusta muodostavat solut jakautuvat nopeasti, näkyy solunsalpaajien vaikutus näissä soluissa karvatupen surkastumisena ja sitä seuranneena hiusten lähtönä jo 7-10 päivän kuluttua hoidon aloituksesta. Hiustenlähdon esiintymiseen vaikuttavat annettava solunsalpaaja-annos ja hoidon pituus. Kuitenkin vain harvat solunsalpaajat, kuten adriamysiini, sisplatiini ja syklofosfamidi, aiheuttavat hiustenlähtöä, mutta niitä käytetään monissa hoitoyhdistelmissä. Uusi tukka kasvaa yleensä 1-2 kuukauden kuluttua solunsalpaajahoidon lopettamisesta, mutta takaisin kasvavien hiusten väri ja laatu voivat olla erilaiset kuin alkuperäiset. Sädehoito voi aiheuttaa usein pysyvän hiustenlähdon. Hoitojen aikana hiustenlähtöä on yritetty estää ja hidastaa vähentämällä päänahan verenkiertoa kiristävillä siteillä, laitteilla tai jäähdyttämällä kylmäpäähineellä. (Elonen ym. 1998, 100; Taxotere, Kylmäpäähineen käyttöohje; Elonen ym. 2007, 172; Holmia ym. 2008, 121; Nurminen 2008, 317.)

Hiustenlähdon voi varsinkin nainen kokea kiusallisena ja masentavana. Tällöin hoitaja voi rohkaista potilasta kokeilemaan erilaisten päähineiden, kuten huivien tai lakkien, käyttöä. Hoitaja neuvoo potilasta solunsalpaajahoidon aikaisesta hiusten käsittelystä, jolloin potilasta ohjeistetaan pesemään hiuksensa aikaisintaan kolmen päivän kuluttua solunsalpaajahoitokerrasta ja mikäli potilas haluaa värjätä hiuksensa, sen kerrotaan olevan turvallista kolmen kuukauden kuluttua kaikkien solunsalpaajahoidojen loputtua. Lisäksi saunaan mennessä potilaan olisi hyvä kietoa kylmä ja kostea pyyhe päähänsä vähentämään mahdollista hiustenlähtöä. Potilaan on myös mahdollista saada maksusitoumus sairaalasta peruukin hankintaa varten. Jotta saataisiin mahdollisimman samanlainen peruukki kuin omat hiukset, onnistuu sen hankinta jo ennen kuin hiukset ovat lähteneet. Ennen hoitojen aloittamista hoitajan on tärkeää keskustella potilaan kanssa mahdollisesta hiustenlähdestä ja kuunnella potilaan toivomuksia. (Taxotere, Kylmäpäähineen käyttöohje; Holmia ym. 2008, 121.)

4 SAIRAANHOITAJA SYÖPÄPOTILAAN OHJAAJANA JA TUKIJANA

Potilaan ohjaaminen terveyteen ja sairauteen liittyvissä kysymyksissä on aina ollut osana sairaanhoitajan työtä. Hoitajat ovat ajallisesti eniten tekemisissä potilaiden kanssa, mikä luo heille parhaat mahdollisuudet ohjata potilaita. Monet syyt ovat nostaneet potilasohjauksen entistä tärkeämmäksi. Hoitoaikojen lyhentymisen vuoksi potilas joutuu nopeammin ottamaan vastuun omasta toipumisestaan ja hoidostaan. Lisäksi nykypäivänä potilaiden kiinnostus omaa terveyttä kohtaan on lisääntynyt, ja he osaavat vaatia yhä parempaa ohjausta ja hoitoa. Väestön koulutustason nousu ja informaatiotekniikan yleistyminen vahvistavat potilaan asemaa oman hoitonsa toteutuksessa ja vastuun ottamisessa, hän osaa etsiä tietoa ja käyttää sitä hyväksi. Potilaiden tietoisuuden lisääntyminen tuo haasteita hoitohenkilökunnalle potilaan ohjaustilanteisiin. Syöpäpotilaiden hoitotyön erityispiirteitä ovat raskaat, runsaasti sivuvaikutuksia aiheuttavat hoidot ja kivunhoidon korostuminen sekä kuoleman läheisyys, mikä tekee syöpäpotilaalle annettavasta ohjauksesta haastavan. Potilasohjauksessa saatu tieto antaa potilaalle valmiuksia itsensä hoitamiseen ja rohkaisee osallistumaan omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Onnistunut ohjaustilanne edellyttää hyvää suunnittelua ja valmistelua. Parhaimmillaan hyvin toteutettu potilasneuvonta vähentää potilaan sairaalassa käyntien määrää ja niiden tarvetta. (Torkkola ym. 2002, 24, 26; Kyngäs ym. 2007, 12.)

4.1 Potilasohjaus

Ohjaus on keskeinen osa potilaaseen kohdistuvaa hoitotyötä ja se on jokaisen hoitotyössä toimivan hoitajan tehtävä. Ohjaus toteutuu suunnitellusti asiakkaan muun hoidon ja hoitotoimenpiteiden rinnalla. Ohjauksella tuetaan asiakkaan selviytymistä sairauden ja sen tuomien hoitojen kanssa, löytämään omia voimavaroja itsensä hoitamiseen ja vastuun ottamiseen omasta terveydestään. Ohjauksesta voidaan käyttää erilaisia käsitteitä, kuten terveysneuvonta, neuvonta, opetus ja tiedon antaminen sekä informointi. Sanakirjamääritelmissä ohjauksen perinteet korostuvat; potilaan passiivinen rooli, hoitajan asiantuntemus ja yksilöohjaus. Ohjaus määritellään esimerkiksi ohjauksen antamiseksi tai hoitajan ohjauksen alaisena toimimiseksi. Ohjauksella voidaan tarkoittaa myös asiakkaan johtamista, johdattamista tai hänen toimintaansa vaikuttamista. Nykypäivänä ohjauksessa korostuu potilaan aktiivinen rooli ongelman ratkaisija ja oman elämänlaatunsa parantajana. Hoitajan tehtävä on olla tiedonantaja, tukea päätöksentekoa, mutta ei antaa

valmiita ratkaisuja. Ohjaus on hoitajan ja potilaan välillä tapahtuvaa aktiivista ja tavoitteellista toimintaa. (Kyngäs ym. 2007, 5, 25; Kääriäinen 2007, 27-28.)

Potilasohjauksen sekä neuvonnan järjestämisessä ja toteuttamisessa hoitajalla on kokonaisvastuu. Hyvällä valmistelulla ja suunnittelulla saavutetaan onnistunut ohjaustilanne. Suunnittelun alkuvaiheessa asetetaan ohjaustavoitteet potilaan tarpeiden pohjalta. Hoitaja miettii valmiiksi, mitä potilaan tulisi tietää ja oppia esimerkiksi tunnistamaan solunsalpaajien aiheuttamat vakavat sivuvaikutukset. Tutustumalla potilaaseen etukäteen käytettävissä olevien sairauskertomusten kautta pystytään ohjaus suunnittelemaan vastaamaan yksilön tarpeita. Suunnittelussa on huomioitava potilaan iän, kuulon ja näön vaikutus ohjauksen toteutuksessa. Ohjauksen tavoitteet voivat muuttua tai täsmentyä ohjauksen aikana. Ohjausmenetelminä voidaan käyttää yksilö- tai ryhmäohjausta. Yksilöllisessä ohjauksessa voidaan soveltaa alkuperäistä suunnitelmaa ja tehdä tilanteesta potilaan henkilökohtaisia toiveita ja yksilöllisiä piirteitä vastaava. Ryhmäohjauksessa voidaan hyödyntää potilaiden jakamia kokemuksia ja osallistujat voivat saada vertaustukea. (Torkkola ym. 2002, 26-28, 31; Kyngäs ym. 2007, 5, 26-27.)

Hoitajan viestintätaidot, kuten selkeä ja ymmärrettävä kieli sekä ilmeet ja eleet, lisäävät ohjaustilanteen antoisuutta enemmän kuin kaavamainen ohjeiden läpikäynti. Ohjaustilanteessa on tärkeää, että hoitajat ja potilas puhuvat samaa kieltä, ymmärtävät keskenään käymänsä keskustelun ja saavuttavat yhteisymmärryksen. Hoitajan on käytettävä potilaan ymmärtämiä käsitteitä ja välttää vaikeita terveysalan termejä. Vuorovaikutustilanteesta yli puolet on sanatonta viestintää, jolla tarkoitetaan eleitä, ilmeitä, tekoja ja kehon kieltä. Hoitaja voi muodostaa käsityksiä potilaasta tukeutuen potilaan sanattomiin viesteihin. Sanaton viesti voi tukea, painottaa, korvata, täydentää tai kumota sanallisen viestin. Koska sanattomat viestit ovat usein tiedostamattomia, tulee hoitajan kiinnittää huomiota omiin ilmeisiin, eleisiin ja kehon kieleen. Hyvää vuorovaikutustilannetta ei synny, elleivät potilas ja hoitaja osallistu kumpikin aktiivisesti ohjaustilanteeseen. Huomioimalla potilaan tarpeet ja kannustamalla häntä aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen voidaan ohjauksella saada aikaan vaikutusta. Vaikka vuorovaikutuksen tulee olla molemminpuolista, on hoitajalla kuitenkin päävastuu vuorovaikutuksen toteutumisesta. (Torkkola ym. 2002, 27; Kyngäs ym. 2007, 38-40.)

Hoitoympäristön fyysinen ja psyykkinen ympäristö voivat vaikuttaa ohjaustilanteeseen tukemalla tai heikentämällä sitä. Fyysisellä ympäristöllä tarkoitetaan tilaa, jossa ohjaus

toteutetaan. Hyvä ympäristö ohjaukselle on siisti, rauhallinen ja äänieristetty tila. Ihanteellisessa fyysisessä ympäristössä voidaan keskustella keskeytyksettä ja häiriöttömästi. Tilanteesta tekee luontevamman, kun hoitaja istuu samalla tasolla asiakkaan kanssa. Sopiva fyysinen keskusteluvälimatka riippuu henkilöistä ja rakentuu sen mukaisesti. Psyykkisen ilmapiirin yksi tärkeä tekijä on kiireetön ympäristö. Kiire ja ohjaukseen käytettävissä oleva lyhyt aika huonontavat ohjauksen ja vuorovaikutuksen laatua. Jos potilas aistii hoitajan kiireen, hän ei ehkä osallistu keskusteluun eikä kysy itselleen epäselväksi jääneitä asioita. Ohjaustilanteessa häiriötekijät ja kiireen tuntu voivat saada potilaan tuntemaan, ettei hänen asiansa ole tärkeä. Ohjauspaikan tulee taata potilaan yksityisyyden säilyminen, ettei esimerkiksi ulkopuoliset kuule verhon takaa hänen intiimejä asioitaan. Ohjausajankohta valitaan jokaisen potilaan vastaanottokyvyn mukaisesti, esimerkiksi juuri diagnoosin kuulemisen jälkeen tai ennen kotiinlähtöä annettu ohjaus ei tavoita potilaan huomiota ja keskittymiskykyä. (Torkkola ym. 2002, 29-31; Kyngäs ym. 2007, 36-38.)

4.2 Solunsalpaajahoidon saavan potilaan ohjaus

Sairastuminen on usein uusi, yllättävä ja raskas tilanne, joka voi aiheuttaa sairastuneelle ja hänen omaisilleen epävarmuuden, avuttomuuden ja pelon tunteita. Uudessa tilanteessa on ensiarvoisen tärkeää, että potilas ja hänen omaisensa saavat tietoa sairaudesta, tulevista tutkimuksista ja hoidoista ymmärrettävästi ja riittävästi. Jotta potilas pystyisi käsittelemään tunteitaan ja esittämään kysymyksiä tulevista hoidoista, on potilaan ja hoitajan välillä vallittava turvallinen ja luottamuksellinen hoitosuhde. Potilaalla on oltava tietoisuus siitä, että on olemassa henkilö, jolle hän voi puhua henkilökohtaisista iloistaan, suruistaan ja epävarmuudestaan sairauden kanssa eläessä. Syöpäpotilaan hoitaminen ja ohjaaminen vaativat hoitajalta kykyä emotionaalisuuteen ja herkkyyttä aistia potilaan tunnetiloja. Emotionaalisen tuen muotoja ovat kuunteleminen, myönteisten asioiden löytäminen ja voimavarojen vahvistaminen. Potilaat tarvitsevat emotionaalista tukea erityisesti pelkojen ja epävarmuuden käsittelyyn. Hoitajan on annettava potilaalle aikaa hyväksyä ja pohtia uutta elämäntilannettaan ja edetä ohjauksessa potilaan ehdoilla. Potilaalle tulee mahdollistaa läheisten ja ystävien ottaminen mukaan hoitoprosessiin, ja ohjatessa potilasta on vastattava myös läheisten tiedon tarpeeseen. Yksilölliset hoitotyön menetelmät ovat syöpäpotilaiden hoidossa tehokkaimpia ja tuottavat enemmän

tuloksia. Syöpäpotilaan hoitotyössä tarvitaan hyviä kädentaitoja, järjestelykykyä, kokonaisuuksien hahmottamista, mutta myös inhimillisyyttä ja hyviä vuorovaikutustaitoja. (Torkkola ym. 2002, 23-24, 29-30, 32; Kankaala & Kaukua & Määttä & Simula & Suomela & Virranniemi & Vänntilä 2006, 34; Suhonen & Vehmas & Vastamäki & Puro 2007, 17; Holmia ym. 2008, 124.)

Solunsalpaajahoitoa saava potilas tarvitsee asiallista ja kattavaa tietoa kaikista hoitoa koskevista asioista. Ennen solunsalpaajahoidon aloitusta valmistellaan potilasta tuleviin hoitoihin käymällä hänen kanssaan läpi hoidon toteutukseen, keston, sivuvaikutuksiin ja tutkimuksiin liittyviä asioita. Solunsalpaajat ja niiden antotavat määräytyvät aina yksilöllisesti ja kunkin potilaan ohjauksessa käsitellään juuri hänen hoitonsa toteutumista ja erityispiirteitä. Potilaalle kerrotaan hänelle annettavista lääkkeistä ja niiden antotavasta. Potilaan kuuluu tietää solunsalpaajahoidon aikana säännöllisesti otettavista verikokeista ja siitä, mitä niiden avulla voidaan seurata. Hänen tulee olla tietoinen solunsalpaajien aiheuttamista sivuvaikutuksista ja osata helpottaa niitä erilaisilla kotioloissa toteuttavissa olevilla hoitokeinoilla. Koska osa sivuvaikutuksista vaatii sairaalahoidon, on potilaan tiedettävä minkä oireiden ilmaannuttua on syytä ottaa välittömästi yhteyttä hoitavaan yksikköön. Hoitojaksojen aikana hoitohenkilökunta kiinnittää huomiota potilaan psyykkiseen vointiin ja pyrkii tukemaan hänen omia voimavarojaan. Tarpeen vaatiessa potilasta ohjataan hakemaan lisäapua ammattihenkilöiltä. Kun potilas tietää hoidon merkityksen ja sen aikana hänen elimistössään tapahtuvat muutokset, on hänen helpompi asennoitua pitkäaikaiseen, tiiviiseen ja runsaasti sivuvaikutuksia tuovaan hoitomuotoon. (Holmia ym. 2008, 123-124.)

4.3 Eettiset lähtökohdat potilasohjauksessa

Etiikka on oppi oikeasta ja väärästä, hyvästä ja pahasta toiminnasta. Etiikka ei anna valmiita ratkaisuja eettisiin kysymyksiin, mutta auttaa tekemään valintoja sekä arvioimaan omaa ja toisten toimintaa. Potilasohjauksen perustana ovat hoitotyön lait ja asetukset, terveydenhuollon eettiset periaatteet ja hoitajan ammattietiikka. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa hoitajaa kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä. Ohjauksen on toteuduttava potilaan suostumuksella ja hoitajan ja potilaan yhteisymmärryksessä. Terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on

määritellyt terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyn ja kärsimyksen lieventämisen terveydenhuollon tehtäviksi. Näitä tehtäviä ohjaavat eettiset periaatteet, joita ovat potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. Terveydenhuollon eettiset periaatteet lisäävät ammattihenkilöiden ymmärrystä eettisesti oikeasta tavasta toimia ohjaustilanteessa ja luovat ohjaukselle eettisen pohjan. Ohjaustilanteessa ovat aina mukana myös hoitajan ja potilaan omat henkilökohtaiset eettiset näkökulmat. (Lahtinen 2006, 6-7; Kyngäs ym. 2007, 153-154.)

Ohjaustilanteessa hoitajan tehtävä on toteuttaa suunniteltu ohjaus ja tiedonanto vaikuttamatta kuitenkaan potilaan päätöksiin. Hoitaja ei painosta eikä tuo esille omaa kantaansa, vaan on totuudenmukainen, realistinen eikä luo vääristyneitä käsityksiä potilaan terveydentilaa koskien. Silti hoitaja ohjaa potilasta kannustavalla ja elämänmyönteisellä otteella. Hoitaja on ohjaustilanteessa potilaalle keskusteluapuna ja kuuntelijana. Vaikka ohjaustilanne vaatii hoitajalta inhimillisyyttä ja empatiakykyä, on hoitosuhteessa säilytettävä myös ammatillisuuteen liittyvä tietty välimatka potilaan ja hoitajan välillä. Ollakseen hyvä ohjaaja hoitajan on oltava tietoinen myös omista voimavaroistaan, jotta voisi toimia potilaan edun mukaisesti. (Kyngäs ym. 2007, 154-155.)

Syöpäpotilaalla on useita ikäviä oireita ja huolenaiheita sairauden eri vaiheissa, joista hoitajilla ja potilailla voi olla eriäviä käsityksiä. Tutkimuksien mukaan hoitajat ja potilaat arvioivat syövän ja hoitojen aiheuttamia vaikutuksia painottaen arvioinnissa eri asioita. Esimerkiksi potilaiden mielestä solunsalpaajahoitoon liittyvä väsymys haittaa eniten päivittäistä elämää, kun taas hoitajat arvioivat hiustenlähdön epämiellyttävimmäksi hoidon aiheuttamaksi fyysiseksi haitaksi. Hoitajan ei tulisi painottaa omia sairauteen ja hoitoon liittyviä käsityksiään ohjatessaan potilasta. Potilaaseen tutustumalla ja kuuntelemalla hänen yksilöllisiä kokemuksiaan hoidosta voidaan parhaiten ohjata potilasta omahoitoon. Vakava sairaus voi olla vaikea hyväksyä, ja potilas voi kieltäytyä ottamasta vastaan ohjausta. Tällöin hoitajan on hyväksyttävä potilaan valinta kunnioittaen hänen yksityisyyttään ja itsemääräämisoikeuttaan. (Torkkola ym. 2002, 31; Suhonen ym. 2007, 17.)

4.4 Syöpäpotilaan psyykkinen selviytymisprosessi

Syöpään sairastuminen vaikuttaa kokonaisvaltaisesti sairastuneen jokapäiväiseen elämään ja uusi, hyvin erilainen elämäntilanne vaatii sopeutumista. Mielen voivat vallata ne kaikkein ahdistavimmat ja vaikeimmat ajatukset, kuten kuolema, syöpähoidoista selviytyminen ja se, palautuuko enää entiselleen. Sairauden olemassaolon ja toipumisen mahdollisuuksien hyväksyminen vievät aikaa. Sairastuminen on kriisi, joka tuo pintaan tunteet, jotka jokainen kohtaa ja käsittelee omalla tavallaan. Sairauden alkuvaiheessa hoitohenkilökunnan tulisi arvioida potilaan kykyä selviytyä henkisesti sairauden tuomasta kriisistä ja tunnistaa erityistukea tarvitsevat potilaat. Kun potilaan elämässä on useita kuormittavia tekijöitä, voivat voimavarat olla riittämättömiä kriisin läpikäymiseen, jolloin läheisten ja ystävien tuesta muodostuu elämänhalua ylläpitävä tekijä. Vaikeissa elämäntilanteissa arvot muuttuvat. Vakavan sairauden myötä monet aikaisemmin tärkeät arvot, kuten työ ja varallisuus, voivat jäädä toisarvoisiksi ja tärkeämmiksi nousevat läheiset, ystävät ja mieleiset harrastukset. Syöpään sairastunut ihminen ei muutu osaksi sairauttaan, vaan on persoonaltaan edelleen sama henkilö kuin ennen. Syöpäpotilaiden hoitotyön erityispiirteitä ovat raskaat, runsaasti sivuvaikutuksia aiheuttavat hoidot ja kivunhoidon korostuminen sekä kuoleman läheisyys, joiden kanssa syöpäpotilaita hoitavat henkilöt ovat päivittäin tekemisissä. Syöpäpotilaan hoitotyö on haasteellista ja tärkeää. Siinä korostuvat potilaan ja omaisten tukeminen ja myönteisyyden sekä elämänilon säilyttäminen. (Kuuppelomäki 1997, 38; Eriksson & Lauri 2000, 44; Arhovaara & Rosenberg & Vertio & Karesluoto 2005, 24–25; Iivanainen ym. 2006, 739; Phillips & Currow 2010, 48; Syöpäjärjestöt 2010c.)

Selviytymisellä (coping) tarkoitetaan aktiivisesti tai passiivisesti tapahtuvaa tilanteen käsittelyä sopeutumisvaatimusten saavuttamiseksi. Syöpäpotilas ja hänen omaisensa turvautuvat selviytymisen keinoihin vastatakseen uuden elämäntilanteen aiheuttamiin vaatimuksiin. Potilaan selviytymisprosessin vaihteita ovat shokki, selviytymisvaatimukset, selviytymiskeinot ja sopeutuminen eli mukautuminen (adaptaatio). Nämä vaiheet ilmenevät yksilöllisesti potilailla eri tavoin. Persoonallisia tekijöitä, jotka vaikuttavat selviytymisprosessiin, ovat muun muassa ikä, sukupuoli, koulutus, älykyys ja aikaisemmat vaikeat tilanteet sekä elämänarvot. Potilaan selviytymisprosessin vaiheiden tunteminen ja tunnistaminen auttaa hoitohenkilökuntaa hoitotyön toteuttamisessa. (Krause 1987, 16; Eriksson & Lauri 2000, 50–51.)

Shokki eli psyykkisen kaaoksen vaihe voi aiheutua vakavan sairauden tullessa ilmi. Shokkivaiheessa potilaan on vaikeaa hyväksyä tosiasioita sairastumisestaan ja hän voi käyttää tiedostamattomia puolustuskeinoja, kuten kieltämistä, vihaa ja katkeruutta. Kieltämistä puolustuskeinona käyttävä potilas ei usko diagnoosinsa tai voi muuttaa sen haalamakseen. Vihaa kokeva potilas voi hakea syyllistä ja syytä sairastumiseensa, ja hänelle voi herätä ajatuksia, kuten miksi juuri minä sairastuin ja miksi juuri syöpään. Ollessaan shokissa potilas voi käyttäytyä aggressiivisesti, avuttomasti, itkuisesti, yliaktiivisesti tai välinpitämättömästi. Shokkivaiheen voimakkuuteen ja pituuteen vaikuttavat potilaan elämäntilanne, persoonallisuus ja syövän puhkeamisen yllätyksellisyys sekä sosiaalinen verkosto. (Aalberg & Hietanen 1999, 658; Eriksson ym. 2000, 51.)

Hoitavan henkilökunnan on huomioitava, että shokissa oleva potilas vastaanottaa huonosti tietoa, eikä välttämättä muista, mitä on tapahtunut ja mitä hänelle on kerrottu. Tällöin potilaalle on vastattava usein samoihin kysymyksiin, mikä on shokkivaiheessa parempi vaihtoehto kuin suuren tietomäärän eteen tuominen. Potilas muistaa usein paremmin asiat, joita on itse kysynyt, sillä hänen huomionsa ja energiansa eivät välttämättä kohdistu siihen muuhun tietoon, mitä hoitohenkilökunta hänelle kertoo. Potilas voi syyllistää itsensä lisäksi hoitajia ja lääkäreitä, ja hänen voi olla vaikea luottaa heihin sekä syövän hoitomenetelmiin. Ohjaustilanteessa tulee korjata potilaan mahdolliset vääristyneet tiedot ja ajatukset syövästä. Potilaan pelkoja ei saa sivuuttaa, vaan niistä tulee keskustella avoimesti ja potilaalle tulee antaa vapaus ilmaista omia tuntemuksiaan. (Eriksson ym. 2000, 55; Anttila ym. 2009, 524.)

Selviytymiskeinojen tunnistamisvaiheessa potilas on hyväksynyt ajatuksen syöpään sairastumisesta. Sopeutuakseen sairauden aiheuttamaan elämäntilanteessa hän alkaa hankkia tietoa kyselemällä omasta terveydentilastaan ja hoitomenetelmistä sekä käsittelemään erilaisia tunteitaan, kuten itesääli, suru, pelko ja ahdistus. Lisäksi potilaalla voi ilmetä psyykkisen tilan aiheuttamia somaattisia oireita, kuten päänsärky, pahoinvointi, ruokahaluttomuus ja unettomuus, jotka eivät ole itse syövän oireita. Potilas kykenee aloittamaan elämäntilanteensa ja taloutensa järjestämisen sairauden tuomien muutosten mukaisesti. Lisäksi potilas alkaa sietää sairauden tuomaa epävarmuuden tunnetta ja suuntaa ajatuksensa tulevaisuuteen sekä sen suunnitteluun. (Eriksson ym. 2000, 51-52, 56; Anttila ym. 2009, 524.)

Selviytymisvaiheen potilas tarvitsee kattavaa perustietoa sairaudestaan ja turvallisen sekä jatkuvan hoitosuhteen. Selviytymiskeinojen käsittelyvaiheessa tulee hoitohenkilökunnan tukea potilasta ja vahvistaa hänen ongelmanratkaisukykyään, sillä tavoitteena on ylläpitää potilaan aktiivisuutta ja itsenäisyyttä. Hoitaja kannustaa potilasta pitämään kiinni entisistä harrastuksistaan ja vaalimaan sosiaalisia suhteitaan. Potilasta rohkaistaan ja hänelle annetaan toivoa kertomalla erilaisista hoitomahdollisuuksista ja näiden hoitojen tuloksista. Potilaat odottavat sairaanhoitajalta ystävällisyyttä, huumorintajua ja hymyä. Hoitotyössä pyritään keskittämään potilaan huomio kaikkiin niihin asioihin, jotka tuottavat hänelle iloa ja joihin hän sairaudesta huolimatta pystyy. Hengellisyyden eri muodot, kuten elämän arvot ja uskonnollisuus, voivat tuoda potilaalle toivoa. Potilaan hengellisyyttä tulee tukea yksilöllisesti hoitotyön lomassa. (Kuuppelomäki 1997, 133-134; Eriksson ym. 2000, 56; Juvakka 2006, 786-787.)

Sopeutumisvaiheessa voidaan erottaa kahdenlaista sopeutumista: potilaan sopeutumista elämään syövän kanssa tai hänen sopeutumista tilanteeseen, jossa syöpäsairaus tulee johtamaan kuolemaan. Kun potilaan syöpä saadaan joko parannettua kokonaan tai hallintaan, tätä kutsutaan elämään uudelleen suuntautumisen vaiheeksi. Tällöin potilaan hallinnan ja riippumattomuuden tunteet ovat vahvistuneet hänen oppiessaan ymmärtämään sairautensa kulkua ja kontrolloimaan sen hoitoa. Potilas sopeutuu syövän aiheuttamiin elämän muutoksiin ja avuttomuuden tunne vähenee. Syöpähoitojen loppuminen ja seurantahoitoon siirtyminen on monille potilaille helpotus, mutta jotkut saattavat tuntea itsensä hylätyksi ja epävarmoiksi sekä pelätä tulevaisuutta ilman jatkuvia hoidoissa käyntejä. Ajan kuluessa potilas alkaa uskoa ja tuntea olevansa parantunut, elämänlaatu voi läpikäydyn kriisin jälkeen olla parempi kuin ennen sairastumista ja potilas voi kokea olevansa henkisesti vanhempi. (Aalberg ym. 1999, 659-660; Eriksson ym. 2000, 52-53.)

Hoitojakson aikana tapahtuvissa vuorovaikutustilanteissa rakennetaan pohjaa sille, että potilas kykenisi sopeutumaan muuttuneeseen elämäntilanteeseensa ja pystyisi kuitenkin jatkamaan normaalia elämää. Potilaan selviytymismahdollisuuksia arvioidessa hoitaja seuraa hänen käyttäytymistään ja reaktioitaan sekä pitää yhteyttä potilaan omaisiin. Potilaan selviytymisen kannalta positiivisia merkkejä ovat, että hän on realistinen, kiinnostunut hoitamaan itseään ja suunnittelee tulevaisuuttaan sekä pystyy kontrolloidusti ilmaisemaan tunteitaan. Vuorostaan negatiivisia merkkejä voivat olla voimakkaat mielialanvaihtelut, ahdistuneisuus, epävarmuus ja voimakas kuolemanpelko sekä tautiinsa takertuminen. Potilas voi pelätä syövän hallinnan menetystä ja syövän uusiutumista

hoitojen päättymisen myötä. Tämän vuoksi hoitohenkilökunnan tulee ohjeistaa potilasta normaaleista ja epänormaaleista oireista sekä oman terveyden ylläpidosta ja kuntoutumisesta. Oikeanlainen ohjeistus vähentää potilaan epävarmuutta ja tukee hänen turvallisuudentunnettaan. (Aalberg ym. 1999, 659; Eriksson ym. 2000, 55, 57-58.)

Kun syöpä on parantumaton ja edennyt niin pitkälle, ettei sitä pystytä enää hoitamaan, voi potilaalla laueta uusi shokkivaihe, vaikka sairaus olisi diagnosoitu jo vuosia aikaisemmin. Toisaalta osa potilaista on pitkän sairastamisvaiheen aikana prosessoinut tilanetta ja osittain valmistautunut edessä olevaan mahdolliseen kuolemaan. Potilas voi läpikäydä uudelleen selviytymisprosessin eri vaiheet, mutta jotkut eivät etene ollenkaan shokkivaiheesta. Hoitomahdollisuuksien puuttuminen voi aiheuttaa kuoleman- ja kivunpelkoa sekä pelkoa oman kontrollin menettämisestä. Kun potilas sopeutuu ajatukseen kuolemastaan, hän hallitsee käytöstään ja on valmis keskustelemaan siitä sekä järjestämään käytännön asioita. Hyväksyessään kuoleman väistämättömyyden ja elämän päättymisen potilas kykenee nauttimaan viimeisistä elinhetkistään, kun on itse ensin saavuttanut sisäisen rauhan. (Eriksson ym. 2000, 53-54.)

Potilaan kuolemaan johtavan syövän hoidossa hoitolinjat uudistetaan, jolloin niiden tavoitteena on edistää ja ylläpitää potilaan ja hänen omaistensa kokonaisvaltaista eli psykofyysissosiaalista hyvinvointia. Potilaan fyysiseen hyvään olotilaan vaikuttavat kivuttomuus, pahoinvoinnin torjuminen, hyvä hygienia ja ravinto. Hoitohenkilökunta tukee potilaan fyysistä hyvinvointia hyvällä perushoidolla ja lääkkeillä. Vuorostaan potilaan psyykkisen ja sosiaalisen hyvänolon luovat turvallisuuden ja luottamuksen tunne, ilo ja riittävä tuen saanti sekä sosiaalisten verkostojen säilyttäminen. Omaisten läsnäolo voi olla merkityksellinen tekijä potilaan jaksamisen ja hyvinvoinnin kannalta. Esimerkiksi joustavien vierailuaikojen järjestämisellä hoitajat voivat edesauttaa ihmissuhteiden säilymistä potilaan rinnalla. Lisäksi tähän tavoitteeseen tähtäävät hoitohenkilökunnan kuuntelutaito, tuki ja keskusteluapu. Potilaan hengellistä taustaa täytyy kunnioittaa ja mahdollistaa potilaan toivomuksia siihen liittyen. (Eriksson ym. 2000, 58-59; Juvakka 2006, 786.)

4.5 Parisuhde ja seksuaalisuus

Syöpä ja syöpähoidot voivat vaikuttaa potilaan seksuaalisuuteen aiheuttamalla psyykkisiä ja toiminnallisia ongelmia. Sairauden alkuvaiheessa potilaan voimavarat keskittyvät syövästä ja raskaista hoidoista selviytymiseen, jolloin seksuaalinen halukkuus usein vähenee väliaikaisesti. Seksuaalisuuteen tulleet muutokset voivat aiheuttaa pelkoja parisuhteen hajoamisesta ja sukupuolisuhteen luomisesta sekä kyvystä rakastaa ja olla rakastettu. Syöpään sairastuminen ja varsinkin hoidot aikaansaavat usein muutoksia potilaan seksuaaliseen minäkuvaan, etenkin kun sairaus on seksuaalisuuteen mielletävillä alueilla (mm. rintasyöpä ja eturauhassyöpä). Voimakas itsetunnon lasku ja vaikeus hahmottaa itseään miehenä tai naisena liittyvät sairauden tuomiin muutoksiin. Sairastunut voi kokea olonsa rumaksi ja epämiellyttäväksi eikä sen takia päästä lähellään henkisesti tai fyysisesti, jolloin parisuhde voi kärsiä. Puoliso voi auttaa parhaiten osoittamalla, että hänen läheisensä on edelleen tärkeä, rakastettava ja haluttava sekä sama nainen tai mies kuin ennen sairastumista. Sairauden ja hoitojen aiheuttamia sukupuolielämän toiminnallisia häiriöitä voi ilmaantua miehille ja naisille. Naisilla yleisimpiä ongelmia ovat limakalvojen kuivuus ja ärtyneisyys, yhdyntäkivut ja tuntuu puutokset emättimen alueella. Miehillä toiminnalliset häiriöt liittyvät erektio-ongelmiin ja impotenssiin. Molemmilla sukupuolilla voi ilmetä väliaikaista tai pysyvää hedelmättömyyttä, mikä voi olla suuri menetys ja surun aihe. (Eriksson ym. 2000, 174-180; Arhovaara ym. 2005, 14-16.)

Muutokset seksuaalisuudessa voivat tuoda pinnalle hyvin kipeitä miehuuteen tai naiseuteen liittyviä kysymyksiä. Seksuaalisuus voi olla yhä vaikea puheenaihe monille, ja siihen liittyvien asioiden esille tuominen voi herättää häveliäisyyden ja syyllisyyden tunteita. Seksuaalisuuden kohtaaminen voi tuntua haastavalta niin syöpäpotilaasta ja hänen kumppanistaan kuin hoitohenkilökunnastakin. Kuitenkin syöpään sairastuneen kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön sisältyy seksuaalisuuden ja parisuhteen huomioon ottaminen. Hoitajan tulee tukea, neuvoa ja toimia potilaan ehdoilla, hänen seksuaalikäsityksestä ja suuntautumisesta riippumatta. Potilaan kuunteleminen seksuaalisuuden alueella vaatii ainoastaan avoimen mielen ja yksilöllisyyden hyväksymisen, sillä kuunteleminen ei edellytä erityisosaamista. Jos hoitajan tiedot ja taidot eivät riitä ja tilanne vaatii asiantuntijuutta, voi potilaan ohjata gynekologille, urologille tai seksuaaliterapeutille. (Eriksson ym. 2000, 172, 175, 184.)

4.6 Hoitoväsymys

Hoitoväsymyksellä (fatigue) tarkoitetaan voimakasta uupumusta ja väsymystä, joka ei mene ohi nukkumisella ja levolla. Potilaan muisti ja keskittymiskyky ovat herpaantuneet ja normaalit arkirutiinit tuntuvat ylivoimaisilta. Syöpäpotilailla hoitoväsymyksen ilmeneminen on yleistä. Yli puolet syöpäpotilaista, erityisesti nuoret naiset, kärsivät väsymyksestä hoitojen aikana. Väsymys voi olla lyhytkestoista; vain muutamia viikkoja kestävä tai se voi kroonistua pitkäaikaiseksi väsymystilaksi. Hoitoväsymystä voivat aiheuttaa monet eri syyt, kuten kasvain, hoidot ja lääkkeet, anemia, hormonitoiminta sekä pelko ja kivut. Myös potilaan sen hetkinen elämäntilanne ja sen kuormittavuus vaikuttaa hoitoväsymyksen ilmenemiseen. Hoitoväsymys voi olla kokonaisvaltaista ja tehdä potilaan olon täysin voimattomaksi pidemmäksi aikaa, jolloin se voi heikentää syöpähoitojen vaikutusta. Kun hoitoväsymyksen aiheuttavat solunsalpaaja- tai sädehoito, on hoidot suunniteltava uudelleen niin, että potilaan elimistö ehtii toipua ja palautua edellisestä hoitokaksosta ennen seuraavan aloittamista. Liiallinen lepo voi heikentää elimistön energiantuottokykyä, joten rauhallinen liikunta on hyväksi ja virkistää. Hoitokaksosten välisiä taukoja voidaan pidentää ja pitää useammin. Kun potilas on tietoinen, miten hoidot vaikuttavat kehoon ja mitä hyötyä niistä on paranemiselle, hän voi paremmin asennoitua kestäväseen raskaiden hoitojen tuomia pitkäkestoisia sivuvaikutuksia. (Dahlberg 1996, 15; Tuominen 2002, 5; Anttila ym. 2009, 176-177; Syöpäjärjestöt 2010d.)

5 PROJEKTIN KULKU

Projekti -sana on peräisin latinasta (projectum) ja tarkoittaa ehdotusta ja suunnitelmaa. Projekti on johonkin määriteltyyn tavoitteeseen pyrkivä, harkittu ja suunniteltu hanke, jolla on aikataulu, määriteltyt resurssit ja oma projektiorganisaatio (Rissanen 2002, 14). Projektit voivat vaihdella kestoaltaan ja syvyydeltään. Ne voivat olla muutaman kuukauden mittaisia pinnallisia projekteja, tai vuosia kestäviä syvällisiä projekteja, joilla pyritään vaikuttamaan johonkin pysyvästi. Laajoilla projekteilla pyritään tavoittelemaan selkeästi tietyn toimintatavan, palvelun tai tuotteen muuttamista aiempaa paremmaksi. Mittakaavaltaan ja kestoaltaan pienemmät projektit tehdään usein arjen keskellä ilman ulkopuolista apua ja rahoitusta. (Karlsson & Marttala 2002, 11; Paasivaara & Suhonen & Nikkilä 2008, 8-9, Ruuska 2008, 44.)

5.1 Projektin tarkoitus ja tavoitteet

Projektin alkuvaiheeseen kuuluu tarpeen tunnistaminen. Kun tämänhetkinen tilanne ei vastaa odotuksia ja siihen halutaan kehittää ratkaisu, syntyy usein projekti. Kun tarve muutokselle on ilmennyt, alkaa projektin kokonaisuus hahmottua ja voidaan päättää hankkeen halutusta lopputuloksesta. Projektin lähtökohtana onkin usein pyrkimys ratkaista jokin ongelma. Projektiin osallistuvilla henkilöillä täytyy muodostua vahva, selkeä ja sanoiksi puettu käsitys siitä, mitä projektissa on tarkoituksena toteuttaa ja miksi. Projektilla on aina yksi hallitseva ja erityinen tarkoitus. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä Länsi-Pohjan keskussairaalan (L-PKS) syöpätautien poliklinikalle selkeä ja tiivis ohjausrunko potilaan solunsalpaajahoidon aloituksesta. Otimme yhteyttä L-PKS:n syöpätautien poliklinikalle kysyäksimme ehdotuksia opinnäytetyön aiheeksi. Tulevina sairaanhoitajana meitä kiinnostivat aiheena syöpäsairaudet ja niiden hoitaminen. Ehdotus ohjausrungon tekemisestä syntyi syöpätautien poliklinikan hoitajilta ja heidän tarpeestaan saada apuväline ohjauksen antamiseen, erityisesti uusia työntekijöitä ja sijaisia ajatellen. Opinnäytetyön konkreettisena tuloksena tuotimme kirjallisen kolmen sivun mittaisen ohjausrungon hoitajien käytettäväksi potilaan ohjaustilanteisiin. Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa syvensimme aihealuetta ja siihen pohjautuvia käsitteitä, joita olivat syöpätaudit, solunsalpaajahoido ja potilaanohjaus. (Karlsson ym. 2002, 14; Rissanen 2002, 44; Paasivaara ym. 2008, 122.)

Projektin muodostavat selkeä ja konkreettinen tavoite, tavoitteiden saavuttaminen ja projektin päättymisen. Koska projektin lähtökohtana on usein ongelman ratkaiseminen, tavoitteita projektille ei voida asettaa ennen ongelman määrittämistä ja selvittämistä. Projektin tavoitteiden tärkeys korostuu jo suunnitteluvaiheessa. Vaikka projekti olisi tehty hyvin ja moitteettomasti, on sitä vaikea pitää onnistuneena, jos sen tavoitteet on määriteltä huonosti ja virheellisesti. Usein projektin ongelmat ovat yhteydessä epäselviin tavoitteisiin. Toimiva ryhmätyöskentely ja projektin tekijöiden samansuuntaiset tavoitteet luovat edellytyksen tavoitteiden onnistuneelle saavuttamiselle. Kun tavoitteet on saavutettu, projektin väliaikainen organisaatio puretaan ja projekti päättyy. Opinnäytetyömme tavoitteena oli, että ohjausrungosta tulisi hyödyllinen apuväline potilaan ohjauksessa niin uusille kuin kokeneillekin hoitajille. Ohjausrungon tavoitteena on myös kehittää potilaalle annettavaa ohjausta ja näin lisätä ohjaustilanteen laadukkuutta. Lisäksi opinnäytetyön itse kirjallinen tuotos voidaan liittää poliklinikan perehdytysmateriaaleihin. Tavoitteena oli myös aiheeseen perehtymällä lisätä omaa tietämystämme syöpätaudeista ja syöpää sairastavan potilaan hoidoista. Tavoitteet muotoutuivat vastaamaan L-PKS:n syöpätautien poliklinikalla ilmennyttä tarvetta ja tukemaan omaa oppimiskokemusta. (Karlsson ym. 2002, 14; Rissanen 2002, 44; Ruuska 2008, 19, 34.)

5.2 Projektin rajausta, organisointi ja ohjaus

Projektin aihetta täytyy rajata, jotta aineiston keräys voidaan kohdistaa siihen, mitä opinnäytetyön aiheesta halutaan tietää ja tuoda julki. Rajauksen jälkeen tulisi jäljelle jäädä looginen kokonaisuus, joka on toteutettavissa kohtuullisessa ajassa. Jos projektin rajausta epäonnistuu, voi tekijöille aiheutua ongelmia muun muassa aikataulussa pysymisessä ja työn laajuudessa. Työ voi olla liian suppea, jolloin siitä voi puuttua keskeisiä käsitteitä, tai sisältö voi paisua liian suureksi, jolloin se ei ole enää eheä ja ytimekäs. Rajausta voidaan joutua työn edetessä toistuvasti tarkastamaan, mutta tavoitteiden tulisi kuitenkin edelleen säilyä samoina. Jos jokin keskeinen osio rajataan projektin ulkopuolelle aikataulu- tai kustannussyistä, on tämän käytävä selkeästi ilmi rajauksessa. (Ruuska 2008, 186-188; Hirsijärvi & Remes & Sajavaara 2009, 81.)

Projektiorganisaation muodostavat projektia toteuttavat henkilöt. Koska projekti on kestoltaan määräaikainen, ovat henkilöt mukana siihen asti, kunnes se on toteutettu (Pelin 1999, 83). Projektin toteuttamisedellytyksiin vaikuttavat oman organisaation kypsyys, osaaminen ja kyky projektityöskentelyyn. Ohjausta projektin tekemiseen on tärkeää saada koko työstämisprosessin ajan. Ohjauksen avulla projekti etenee määrätietoisesti eikä jää harhailemaan. Keskeisintä ohjaustilanteessa on projektin jäsenten välinen avoin keskustelu, jolloin heillä on mahdollisuus ideoida yhdessä ja antaa rakentavaa palautetta. Ohjauksessa on etenkin kyse vuorovaikutuksesta, keskustelun tavoitteena on motivoida ja innostaa eteenpäin. (Karlsson ym. 2002, 27; Paasivaara ym. 2008, 105, 107.)

Opinnäytetyömme oli projekti L-PKS:n syöpätautien poliklinikalle. Aiheena oli syöpäpotilaan solunsalpaajahoito ja erityisesti vastasairastuneiden hoidon aloitus, josta työstimme ohjausrungon hoitajien käyttöön. Teimme yhteistyötä syöpätautien poliklinikan kanssa ohjausrungon rajaukseen ja sisältöön liittyvissä asioissa. Valitsimme käsiteltävät syöpätaudit teoriaosuuteen niiden Suomessa esiintyvyyden pohjalta ottaen huomioon syöpätautien poliklinikan hoitajien mielipiteet. Teoriassa käsittelemistämme syöpätaudeista erityisesti rintasyöpäpotilaita hoidetaan syöpätautien poliklinikalla. Eturauhas-syövän ja keuhkosyövän valitsimme käsiteltäväksi teoriaosuuteen niiden yleisyyden perusteella, mutta myös työn laajuutta ja omaa oppimiskokemusta ajatellen. Työstämämme ohjausrunko on tiivis kokonaisuus. Teoriaosuuden tuli olla laajempi saadaksemme työhön sisältöä, jottei opinnäytetyö jäisi liian suppeaksi tiiviin tuotoksen vuoksi. Syvensimme teoriaa käsittelemällä perusteellisesti kolme yleisintä syöpätautia Suomessa. Meidän tietomme syöpätaudeista ennen projektia olivat vähäisiä ja voidaksemme käsitellä solunsalpaajahoitoa laajemmin, meidän tuli hankkia hyvä perustieto myös syövän synnystä ja yleisistä syöpätaudeista.

Ohjausta työn tekemiseen saimme työelämän yhdyshenkilöiltä syöpätautien poliklinikan sairaanhoitajilta Anneli Mäkitalolta ja Helena Nikupeteriltä. Huomioimme syöpätautien poliklinikan sairaanhoitajien antamat neuvot ja korjausehdotukset mahdollisuuksien mukaisesti. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden koulutusyksikön opettajat Anja Mikkola ja Jaana Stolt toimivat opinnäytetyömme ohjaajina projektin loppuun asti. Opinnäytetyön opponenteina toimivat Antti Hekkala ja Jani Kurkela.

5.3 Projektin toteuttamisen ja työskentelyn kuvaus

Projektin tavoitteiden saavuttamisen edellytyksenä on ryhmätyöskentely. Ryhmän jäsenet voivat edustaa eri organisaatioyksiköitä. Organisaation jäsenten on toimittava ja osallistuttava omien valtuuksiensa ja vastuunsa mukaisesti työskentelyyn. Erilaiset mielipiteet sekä vaihtoehtojen ja ratkaisujen etsiminen kuuluvat projektityöskentelyn päätöksentekoprosessiin. Kun projektiryhmässä tehdään jokin projektia koskeva päätös, on kaikkien ryhmänjäsenten sitouduttava noudattamaan sitä. Projektityön arvioinnilla tuodaan ilmi, miten projekti on onnistunut. Projektista arvioidaan sen toteutumista, ongelmakohtia ja hyviä saavutuksia. (Karlsson ym. 2002, 56-57; Paasivaara ym. 2008, 140; Ruuska 2008, 19, 26.)

Ohjausrungon sisällön luomiseen saimme apua ja neuvoja L-PKS:n syöpäpoliklinikan hoitajilta. Pyysimme hoitajilta väliarviointia ohjausrungosta, jotta siitä tulisi toivotunlainen. Kun olimme saaneet ohjausrunkoa työstettyä eteenpäin, kävimme näyttämässä ja pyytämässä arviota syöpätautien poliklinikan sairaanhoitajilta, jotta he pystyivät edelleen vaikuttamaan sisällön luomiseen. Teoriaosuutta varten haimme erilaisista tietokannoista aiheeseen liittyvää kirjallisuutta, tutkimuksia ja artikkeleita. Koko opinnäytetyöprosessin ajan ohjaavat opettajat antoivat rakentavaa palautetta työn sisällöstä ja ideoita työn kehittämiseen. Työskentelimme koko opinnäytetyöprosessin ajan parina jakamatta tehtäviä keskenämme. Eniten työskentelyä vaikeuttivat aikataulujen sopiminen sekä keskenään että ohjaavien opettajien kanssa. Työskentelimme suurimmaksi osaksi omalla vapaa-ajalla, etenkin viikonloppuisin, sillä yhteistä aikaa oli vaikea löytää arkipäivinä harjoitteluiden, koulupäivien ja omien henkilökohtaisten menojen vuoksi.

5.4 Projektin aikataulu, resurssit ja dokumentointi

Projektin tavoitteiden muotoilun jälkeen on mietittävä ajankäyttöä ja kustannuksia. Aikataulun suunnittelu konkretisoi projektin toteuttamisen sekä vauhdittaa sen etenemistä. Jos suunnittelussa ei ole osattu arvioida projektin kuormittavuutta ja todellista työmäärää, aikataulu muodostuu usein liian tiukaksi. Tärkeintä projektin valmistumisen kannalta on luoda realistinen aikataulu, joka huomioi kokonaistyömäärän ja jättää pelivaraa. Projektin tekijöillä on tiedossa aloittamis- ja päättämisaikankohdat, joiden välille he

luovat välitavoitteet. Välitavoitteet ovat projektikohtaisia ja lisäävät motivaatiota sekä aktiivisuutta projektin työstämiseen. Resursseilla eli voimavaroilla voidaan tarkoittaa ihmisiä, työtiloja, työkoneita, tutkimusvälineitä tai rahoja. Resurssien suunnittelussa täytyy miettiä tarvittavien resurssien osa-alueet, joita voivat olla muun muassa projektin henkilöstö ja heidän tieto- ja taitoresurssinsa sekä tarvittavat tilat ja välineet projektin tekemiseen. Projektin kustannuksista kootaan mahdollisimman tarkka ja perusteltu arvio. Projektirahoituksen anominen on helpompaa, kun on tehty hyvä, perusteellinen kustannusarvio. Ennen projektin käynnistymistä päätetään sen dokumentointi- ja raportointitavoista projektiin osallistuvien kesken. Pienissä projekteissa dokumentointi rajoittuu yleensä projektisuunnitelmaan sekä muistiinpanoihin pidetyistä tapaamisista ja niissä tehdyistä päätöksistä. Projektin tilaajalle tai yhdyshenkilölle annetaan säännöllistä tietoa projektin etenemisestä, jotta hän olisi tietoinen projektin aikataulusta ja jo tehdystä työstä. (Karlsson ym. 2002, 64; Paasivaara ym. 2008, 126-127; Kettunen 2009, 73-74, 76-77, 79.)

Varsinaisen opinnäytetyön tekemisen aloitimme sen jälkeen, kun opinnäytetyön aiheen valinta ja projektisuunnitelma oli hyväksytty. Hyväksytty projektisuunnitelma esiteltiin tammikuussa 2010 seminaarissa. Aloitimme teoriaosuuden ja ohjausrungon työstämisen helmikuussa 2010 ja tavoitteena oli saada ne valmiiksi syksyyn mennessä. Alkuperäisen suunnitelman mukaan olisimme tehneet projektiraporttia syksyllä 2010 ja esittäneet työn marraskuussa 2010. Todellisuudessa aikataulu ei riittänyt opinnäytetyön työstämiseen muiden koulutehtävien ja harjoitteluiden vuoksi. Projektisuunnitelmassa emme myöskään osanneet arvioida opinnäytetyömme aihealueen laajuutta ja työstämiseen varattavaa aikaa täysin realistisesti, minkä vuoksi siirsimme opinnäytetyön esittämisen keväälle 2011.

Opinnäytetyön tekemisen kannalta välttämättömiä resursseja olivat tietotekniikka, työskentelytilat sekä tiedonhankinnassa Internet, Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveysalan kirjasto ja projektin ohjaajat sekä työelämän yhdyshenkilöt. Työskentelimme koulun atk-tilojen lisäksi pääosin toistemme luona, jonka mahdollisti tietokoneen ja Internet-yhteyden saatavuus. Kirjaston henkilökunta auttoi meitä kirjallisuuden ja lähteiden hankinnassa, myös ohjaavat opettajat ja L-PKS:n syöpätautien poliklinikan hoitajat neuvoivat lähteiden etsinnässä ja antoivat kirjallista materiaalia. Vastasimme itse opinnäytetyön teosta aiheutuvista kustannuksista, joita olivat tulostuspaperi, opinnäytetyön kansitus L-PKS:n syöpätautien poliklinikalle ja matkakustannukset. Opinnäytetyö

kokonaisuudessaan tulee nähtäville sähköisessä muodossa Theseus- verkkokirjaston tietokantaan. Viemme LPKS:n syöpätautien poliklinikalle opinnäytetyön kansitettuna sekä ohjausrungon tulosteena ja sähköisessä muodossa CD-levyllä, jotta ohjausrunkoa voidaan tarvittaessa uudistaa.

5.5 Projektin tuotoksen ja prosessin arviointi

Arvioinnilla selvitetään projektin onnistumista ja sen avulla voidaan kehittää osaamista projektityöskentelyssä. Projektin arvioinnissa huomioidaan projektin suunnittelu ja toteutuminen, organisaatio, ohjaus, tarkoitus ja tavoitteet sekä tavoitteen saavuttaminen. Arvioinnilla pyritään saamaan projektin tekijät ja ohjaajat huomaamaan projektin onnistumiset ja kehittämiskohteet. Arviointia tapahtuu projektin toteuttamisen aikana ja sen päätösvaiheessa. Arviointi jaetaan kahteen muotoon: itsearviointiin ja ulkopuoliseen arviointiin. Itsearvioinnissa projektin tekijät arvioivat omaa projektityötään kriittisesti. Projektissa voidaan käyttää ulkopuolelta tulevaa arviointia, jotta saadaan puolueeton ja erilainen näkemys. (Karlsson ym. 2002, 98-99; Paasivaara ym. 2008, 140-141.)

Projektimme tuotoksena valmistui ohjausrunko Länsi-Pohjan keskussairaalan syöpätautien poliklinikan hoitajille käytettäväksi potilaan ohjaustilanteisiin. Ohjausrunko on tarkoitettu tukimateriaaliksi edistämään ohjauksen onnistumista ja toimimaan samalla muistilistana tärkeistä solunsalpaajahoitoon liittyvistä käytännön asioista. Projektin tuotoksessa olemme saavuttaneet asettamamme tavoitteet. Ohjausrunko on käyttökelpoinen ohjaustilanteissa ja siitä tulee olemaan hyötyä erityisesti uudelle työntekijälle, mutta se on tarkoitettu kaikkien L-PKS:n syöpätautien poliklinikan hoitajien hyödynnettäväksi. Olemme koko ohjausrungon tekemisprosessin ajan ottaneet huomioon L-PKS:n syöpätautien poliklinikan hoitajilta saadun ohjauksen ja muokanneet työtä sen mukaisesti, mahdollisimman sopivaksi heille. Lisäksi ohjaavilta opettajilta saamamme rakentava palaute on auttanut meitä opinnäytetyön sekä sisältöä että ulkoasua koskevissa asioissa.

Opinnäytetyömme kehittämiskohde on teoriasisältö, jossa käsittelemme perusteellisesti ja laajasti syöpätauteja käyttäen paljon opinnäytetyön tekoon tarvittavaa aikaa, vaikka työssämme suuri painoarvo on erityisesti potilasohjauksella. Toisaalta solunsalpaaja-

hoidon ja potilasohjauksen käsitteleminen aiheena vaati perehtymistä syöpätauteihin, ja tästä on varmasti myös hyötyä meille tulevassa ammatissa.

5.6 Projektin luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelu

Projektityön loppuraportista tulee käydä ilmi valitut ja käytetyt menetelmät. Näin projektin lopputulos on arvioitavissa ja pystytään tarvittaessa myös toistamaan. Niin tutkimustyössä kuin projektityössäkin eettisesti hyvä projekti tai tutkimus edellyttää, että työskentelyssä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellinen, huolellinen ja tarkka toimintatapa kaikissa työn prosessivaiheissa sekä muiden tutkijoiden saavutuksien kunnioittaminen ja arvonnanto heidän tutkimustuloksiaan hyödynnettäessä omaan työhön. (Karlsson ym. 2001, 64; Hirsijärvi ym. 2009, 23-24.)

Opinnäytetyömme luotettavuutta lisäsivät tuoreet ja luotettavat kirjalliset lähteet sekä Internet-sivustot. Käytimme monipuolisesti eri lähteitä saadaksemme viimeisimmän ja luotettavimman tiedon opinnäytetyöhömmme. Lähdeviitteet tekstiosuuksiin on merkitty oikeaoppisesti ja huolellisesti. Luotettavuutta työllemme ja ohjausrungolle tuovat sekä ohjaavilta opettajilta että syöpätautien poliklinikan hoitajilta saatu ohjaus opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa. Heiltä saatujen korjaus- ja täydennysehdotusten mukaan olemme edenneet opinnäytetyön ja ohjausrungon teossa. Ohjausrungon sisällön ja ulkomuodon laatimisessa painotimme erityisesti hoitajien antamia ohjeita, jotta rungosta tulisi toivomusten mukainen ja heidän käyttöönsä soveltuva solunsalpaajia saavan syöpäpotilaan ohjauksessa. Projektin työmenetelmänä emme käyttäneet lainkaan potilaiden haastattelua, jolloin työprosessin aikana emme varsinaisesti olleet tekemisissä salassapitovelvollisuuden alaisten tietojen kanssa. Toisaalta ohjausrungon testikokeilu ja potilaiden haastattelut koskien potilasohjausta olisivat lisänneet opinnäytetyön luotettavuutta ja potilaslähtöisyyttä sekä ohjausrungon laatua.

Opinnäytetyön tuotos eli ohjausrunko ei sisällä eettistä kannanottoa tai salattua tietoa, ja se on sisällöltään asiallinen. Pyrimme laatimaan ohjausrunkoon potilaan edun mukaisen ja hyvään hoitoon tähtäävän sisällön. Terveystieteiden tutkimuksessa työskenteleviä henkilöitä ohjaavat eettiset periaatteet, joita ovat potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. Opinnäytetyötä tehtäessä ja

ohjausrungon sisällössä olemme huomioineet edellä mainittuja hoitotyön eettisiä periaatteita. (Lahtinen 2006, 7.)

6 POHDINTA

Opinnäytetyön aiheen valinta muodostui oman kiinnostuksemme pohjalta. Syöpätauteihin kohdistuvan kiinnostuksen myötä otimme yhteyttä Länsi-Pohjan keskussairaalaan syöpätautien poliklinikalle ja tiedustelimme heidän tarvettaan projektityölle. Syöpätautien poliklinikan hoitajilla oli meille kaksi opinnäytetyön aiheeksi sopivaa ehdotusta, joista valitsimme yhtenevin mielin solunsalpaajahoitoon ensi kertaa tulevan potilaan ohjausrungon laatimisen hoitajien käytettäväksi ohjaustilanteisiin. Aihe liittyy läheisesti tulevaan ammattiimme sairaanhoitajina ja olemme teoriaosuudessa käsitelleet laajasti työn keskeisiä käsitteitä. Aiheeseen paneutuminen on lisännyt tietouttamme yleisesti Suomessa sairastetuista syöpätaudeista ja niiden hoitomuodoista. Ohjausrungon laatimista varten olemme työssä perehtyneet myös sairaanhoitajan rooliin syöpäpotilaan ohjaajana ja tukijana.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastava, työläs ja pitkä, mutta myös antoisa prosessi. Huolella laadittu projektisuunnitelma auttoi meitä opinnäytetyöprosessin alkuun pääsyssä, sillä se selkeytti hyvin tulevan työn sisältöä. Kummallakaan meistä ei ollut aikaisempaa kokemusta projektityöskentelystä, joten olimme paljon uutta työtä tehdessä. Työskentelimme koko prosessin ajan yhdessä, emme jakaneet työtä lainkaan. Yhdessä työskentely vaati meiltä aikataulujen yhteensovittamista ja joustamista. Opinnäytetyön työstämiseen käytettävät päivät oli sovittava hyvissä ajoin eri paikkakunnalla asumisen vuoksi. Opinnäytetyön aikataulun pitkittyminen viimeiselle lukukaudelle on vaatinut molemmilta erityistä yhteensovittamista harjoitteluiden, muiden koulutöiden, opinnäytetyön ja henkilökohtaisen elämän välillä. Kevään 2011 aikainen työskentely tarkoitti todellisuudessa meille pitkäksi venyviä opiskelupäiviä.

Yhteistyö syöpätautien poliklinikan hoitajien kanssa sujui hyvin ja joustavasti. Heidän palautteensa ohjausrungosta oli meille tärkeää ja auttoi eteenpäin työskentelyssä. Pyrimme noudattamaan mahdollisimman hyvin hoitajien toiveita ohjausrungon sisällöstä ja ulkomuodosta, koska projektin tuotoksen on tarkoitus palvella heidän työn tekoaan. Saimme hoitajilta täydennysvinkkejä ja korjausehdotuksia myös teoriaosuuden sisäl-

töön. Hoitajien käytännön kokemus oli rikkaus heidän meille antamassaan ohjauksessa, sillä meidän keräämämme tieto perustui ainoastaan kirjallisiin lähteisiin. Ohjaavat opettajat antoivat meille runsaasti hyödyllistä ja rakentavaa ohjausta, jonka avulla etenimme opinnäytetyössä. Ohjaavien hoitajien ja opettajien palautteet ohjausrungon sisällöstä ja ulkomuodosta erosivat välillä toisistaan, mutta pyrimme kuitenkin suurimmaksi osaksi huomioimaan hoitajien ajatuksia, ohjausrungon tullessa heidän käyttöönsä. Jatkotutkimushaasteena esitämme tutkimusta solunsalpaajia saavien potilaiden ohjauksesta. Tutkia voisi, miten solunsalpaajia saavat potilaat kokevat potilasohjauksen L-PKS:n syöpätautien poliklinikalla.

LÄHTEET

- Aalberg, Veikko & Hietanen, Päivi 1999. Syöpään liittyvät psykososiaaliset näkökohdat. Teoksessa Joensuu, Heikki & Roberts, Peter J. & Teppo, Lyly (toim.). Syöpätaudit. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 656-663.
- Anttila, Kyllikki & Hirvelä, Mervi & Jaatinen, Tiina & Polviander, Marjut & Puska, Eeva-Liisa 2009. Sairaanhoito ja huolenpito. 7. uudistettu painos. WSOY, Helsinki.
- Arhovaara, Sinikka & Rosenberg, Leena & Vertio, Harri & Karesluoto, Hilka 2005. Opas syöpäpotilaan läheisille: Kun läheinen sairastuu syöpään, perhe ja parisuhde, miten itse jaksaa. Suomen Syöpäpotilaat Ry ja Suomen Mielenterveysseura Ry.
- Bjälle, Jan G. & Haug, Egil & Sand, Olav & Sjaastad, Øystein V. & Toverud, Kari C. 2008. Ihminen - Fysiologia ja anatomia. 1.-5. painos. WSOY, Helsinki.
- Blomqvist, Carl & Smitten, Karl von & Asko-Seljavaara, Sirpa 1999. Rintasyöpä. Teoksessa Joensuu, Heikki & Roberts, Peter J. & Teppo, Lyly (toim.). Syöpätaudit. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 409-428.
- Dahlberg, Gitta 1996. Ohjeita sinulle joka saat solunsalpaajahoitoa: Mitä ovat solunsalpaajat?, Kuinka hoito tapahtuu?, Onko hoidolla sivuvaikutuksia?, Miten hoidan itseäni hoidon aikana?. Suomen Syöpäpotilaat Ry.
- Elonen, Erkki & Elomaa, Inkeri 2007. Solunsalpaajahoito. Teoksessa Joensuu, Heikki & Roberts, Peter J. & Teppo, Lyly & Tenhunen, Mikko (toim.). Syöpätaudit. 3. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 161-190.
- Elonen, Erkki & Järviluoma, Eija 1998. Solunsalpaaja- hoito-opas. Duodecim, Helsinki.
- Elonen, Erkki & Wiklund, Tom 1999. Solunsalpaajahoito. Teoksessa Joensuu, Heikki & Roberts, Peter J. & Teppo, Lyly (toim.). Syöpätaudit. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 135-164.
- Elonen, Erkki 1998. Kasvainten kemiterapia. Teoksessa Pelkonen, O. & Ruskoaho, H. & Vammala (toim.) Farmakologia ja Toksikologia. 6.painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 931-959.
- Eriksson, Elina & Lauri, Sirkka 2000. Potilaan selviytymisprosessi. Teoksessa Eriksson, Elina & Kuuppelomäki, Merja (toim.). Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. WSOY, Porvoo, 43-65.
- Hirsijärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Holmia, Silja & Murtonen, Irja & Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6. painos. WSOY, Porvoo.
- Iivanainen, Ansa & Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2001. Sisätauti- kirurginen hoito ja hoitotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Iivanainen, Ansa & Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Keuruu.

Isola, Jorma 1999. Miten syöpä syntyy? Teoksessa Joensuu, Heikki & Roberts, Peter J. & Teppo, Lyly (toim.). Syöpätaudit. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 12-32.

Juvakka, Taru 2006. Syöpäpotilaan kärsimys ja toivo. Teoksessa Iivanainen, Ansa & Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Keuruu, 783-787.

Kankaala, Jaana & Kaukua, Iines & Määttä, Merja & Simula, Maarit & Suomela, Anne & Virranniemi, Saija & Vänntilä, Pirkko-Liisa 2006. Sosiaalinen tuki potilasohjauksessa. Teoksessa Lipponen, Kaija & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, Oulu, 32-43.

Karlsson, Åke & Marttala, Anders 2002. Projektikirja - Onnistuneen projektin toteuttaminen. Kauppakaari, Talentum Media Oy, Helsinki.

Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko & Rannikko, Sakari 1999. Eturauhasen syöpä. Teoksessa Joensuu, Heikki & Roberts, Peter J. & Teppo, Lyly (toim.). Syöpätaudit. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 374-381.

Kettunen, Sami 2009. Onnistu projektissa. 2. uudistettu painos. WSOYpro Oy, Helsinki.

Krause, Kaisa 1987. Syöpään sairastuminen - muuttuneeseen elämäntilanteeseen sopeutuminen. Hygieia, Kirjayhtymä Oy, Vaasa.

Kuuppelomäki, Merja 1997. Kärsimys ja toivo syöpää sairastavan ihmisen elämässä. Kustannus Oy Tamara Press, Tampere.

Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria & Poskiparta, Marita & Johansson, Kirsi & Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY, Helsinki.

Käypä hoito- suositukset 2007. Rintasyövän hoito ja seuranta. Luettu 28.1.2011 osoitteesta URL:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi25001>

Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Akateeminen väitöskirja.

Lahtinen, Mari 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, Kaija & Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, Oulu, 6-9.

Nevasaari, Kaisu 1985. Sytostaattien vaikutusmekanismit. Teoksessa Kangas, Lauri & Käpylä, Hannu (toim.). Sytostaattihoito - farmakologiasta klinikkaan. Lääkefarmos, Turku, 32-34.

Nurminen, Marja-Leena 2008. Lääkehoito. 7.-9. painos. WSOY, Helsinki.

Paasivaara, Leena & Suhonen, Marjo & Nikkilä, Juhani 2008. Innostavat projektit. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.

Phillips, Jane Louise & Currow, David C. 2010. Cancer as a chronic disease. Collegian 2010, Vol. 17, 47-50.

Pukkala, Eero & Sankila, Risto & Rautalahti, Matti 2006. Syöpä Suomessa. Tulostettu 10.6.2010 osoitteesta URL: http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/a4faa38506aca426e581e1162d97901c/1303850483/application/pdf/52425079/image_40_2.pdf

Rannikko, Sakari & Lukkarinen, Olavi & Ruutu, Mirja & Taari, Kimmo & Tammela, Teuvo 1995. Urologia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Rissanen, Tapio 2002. Projektilla tulokseen - Projektin suunnittelu, toteutus, motivointi ja seuranta. Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti, Jyväskylä.

Roberts, Peter J. & Joensuu, Heikki 2007. Kliininen diagnostiikka ja levinneisyysluokittelu. Teoksessa Joensuu, Heikki & Roberts, Peter J. & Teppo, Lyly & Tenhunen, Mikko (toim.). Syöpätaudit. 3. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 76-82.

Roche 2006. Herceptin (trastutsumabi) - Hoitajan Opas.

Roche 2006. Herceptin (trastutsumabi) - Potilaan Opas.

Ruuska, Kai 2008. Pidä projekti hallinnassa – Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. 7. painos. Talentum Media Oy, Helsinki.

Suhonen, Riitta & Vehmas, Pirkko & Vastamäki, Ritva & Puro, Markku 2007. Solunsalpaajahoidossa olevien potilaiden arvioima hoidon laatu. Tutkiva Hoitotyö Vol. 5 (3), 16-21.

Suomen Hammaslääkäriliitto 2007: Jantunen, Esa & Kataja, Vesa. Mukosiitti - syövän hoidon merkittävä pulma. Tulostettu 27.11.2010 osoitteesta URL: <http://www.hammaslaakariliitto.fi/hammaslaeakaerilehti/artikkelihaku/2007/vuosikerta-2007/hammaslaeakaerilehti-9-2007/mukosiitti-syoevaen-hoidon-merkittaevae-pulma/>

Syöpäjärjestöt 2010a. Potilaat ja läheiset - Tukihenkilöt. Tulostettu 21.9.2010 osoitteesta URL: <http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/neuvontakuntoutus/tukihenkilot/>.

Syöpäjärjestöt 2010b. Potilaat ja läheiset - Tukiryhmät. Tulostettu 21.9.2010 osoitteesta URL: <http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/neuvontakuntoutus/tukiryhmat/>.

Syöpäjärjestöt 2010c. Potilaat ja läheiset - Älä jää yksin. Tulostettu 22.9.2010 osoitteesta URL: <http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/ensitieto/tukiverkko/>.

Syöpäjärjestöt 2010d. Tietoa syövästä, hoidot - Hoitoväsymys. Tulostettu 24.9.2010 osoitteesta URL: <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/hoidot/hoitovasymys/>.

Syöpäjärjestöt 2010e. Tietoa syövästä, hoidot - Solunsalpaajat eli sytostaatit. Tulostettu 27.9.2010 osoitteesta URL: <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/hoidot/solunsalpaajat/>

Syöpäjärjestöt 2010f. Tietoa syövästä - Mikä on syöpä. Tulostettu 24.9.2010 osoitteesta
URL: <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopa/>.

Taxotere (docketaksieli). Kylmäpäähineen käyttöohje - kemoterapian aikaisen hiustenlähdön estämiseen.

Torkkola, Sinikka & Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi - Opas potilasohjeiden tekijöille. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Tampere.

Tuominen, Taija 2002. ”Kun mitään en jaksa” – Fatigue eli hoitoväsymys. Suomen Syöpäpotilaat Ry yhteistyössä Janssen-Cilag:n kanssa.

LIITTEET

Solunsalpaajahoidon aloitus - Ohjausrunko



Miten solunsalpaajahoido toteutuu:

- *Mikä on hoidon tavoite:* Tavoitteena pysyvä paraneminen, hoitotuloksen täydentäminen, taudin etenemisen hidastaminen ja oireiden lieventäminen
- *Solunsalpaajien vaikutus:* Solunsalpaajilla on solujen kasvua ja jakaantumista estävä vaikutus, joka kohdistuu syöpäsolujen lisäksi normaaliin kudokseen
- *Solunsalpaajien antoreitit:* Suun kautta otettavat tabletit, suonensisäiset bolusinjektiot tai eripituiset infuusiot -> suoni voi ärtyä ja siinä voi esiintyä kipua ja kirvelyä
- *Lääkkeen antotilanne:* Lääkkeen antotilanteen kesto ja potilaan esilääkitys vaihtelee solunsalpaajista riippuen. Usein rinnalle aloitetaan myös vatsansuojalääke, pahoinvoinnin estolääke ja allergisen reaktion estolääke sekä kuumeen estolääke. Potilaalle voidaan myös antaa suonensisäistä nesteytystä.
- *Hoitojakso:* Hoitojakson kesto määräytyy potilaan syöpäsairauden, solunsalpaajalääkityksen, yleiskunnon ja hoitovasteen mukaisesti. Hoitojakso kestää yleensä usean kuukauden ajan (4,5-6kk).
- *Hoidon toteutuminen arjen lomassa:* Toiminnot lääkkeen antotilanteen jälkeen: potilas pääsee kotiin ja kanyyli jätetään paikalleen, jos hoito on useampana peräkkäisenä päivänä.
- ❖ Tiedustele potilaalta mahdolliset allergiat ja aikaisemmat lääkeainereaktiot -> potilaan turvallisuuden takaamiseksi hoitaja tarkkailee potilasta sytostaattien antotilanteessa

Verikokeet

Luuytimessä valmistuvat punaiset ja valkoiset verisolut, sekä verihiutaleet ovat alttiita solunsalpaajien vaikutukselle -> Verisolujen määrän väheneminen

Valkosolut: infektio alttiut -> Tartuntavaaran minimoimiseksi kontaktin välttäminen ihmisiin, joilla on infektio ja hyvästä käsihygieniasta huolehtiminen

Punasolut: huonontunut hapenkuljetus /anemia (väsymys, levon tarve), anemian riski kasvaa hoitokertojen myötä, mutta korjaantuu hoitojen loputtua

Verihiutaleet: vuoto-oireet -> Potilaan kiinnitettävä huomiota mustelmiin ja verenpurkaumiin

Veriarvojen seuranta säännöllisillä verikokeilla: Pvk ja Neut
maksa-arvot: Asat, Alat, Afos ja Bil
munuaisarvo: Krea

Verikokeet otetaan aina ennen uutta hoitokertaa, väliverikokeet määräytyvät yksilöllisesti.

Veriarvojen muuttuessa: Jos valkosolut laskevat toistuvasti, potilas voi altistua infektioille ja hoitoa voidaan joutua sen vuoksi siirtämään. Tällöin potilaalle voidaan antaa valkosolujen kasvutekijää, neupogeniä. Potilaan infektioepäilyssä arvioidaan antibiootin tarve. Anemian oireet hoidetaan punasolusiirroilla ja erytropoietiinilla. Trombosyyttiarvojen ollessa hyvin matalat ja vuoto-oireiden ilmaantuessa tehdään lääkärin arvioinnin jälkeen tarvittaessa trombosyytisiirto.

Hoidon sivuvaikutukset - ”Kotikonstit”

Pahoinvointi

Tiheät ja pienet ateriat

Kylmien ruokien nauttiminen

Viihtyisä ateriointi

Happamat ruoka-aineet (esim. virvoitusjuomat) vähentävät pahoinvointia

Mielihalujen toteutus, uusien ruokalajien kokeilu

Ruokailun jälkeinen lepo

Runsasenerginen ravinto (painon laskun välttäminen)

- Mahdollisuus pahoinvointilääkitykseen

Ripuli

Runsas nesteen nauttiminen

Vaivojen vähentyessä varovainen siirtyminen pieniin ruoka-annoksiin

Kaasua muodostavien ravintoaineiden välttäminen: kahvi, herne, kaali, papu ja voimakkaat mausteet

Maitotuotteiden välttäminen niiden ärsyttäessä vatsaa

- Ripulin hoitoon tarkoitetut lääkkeet (Imodium) kotikonstien jälkeen yksilöllisten ohjeiden mukaisesti

Ummetus

Kuitupitoinen ravinto

Runsas nesteensaanti

Liikunta voinnin mukaan

- Ummetuksen hoitoon tarkoitetut lääkkeet yksilöllisten ohjeiden mukaisesti

Suun ja nielun ärsytys, hampaiden huolto (tulehdusten ehkäisy)

Runsas nesteen juonti

Suolavedellä purskuttelu, etenkin aterioiden jälkeen (1 litra vettä + 1 rkl suolaa)

Syljen erityystä lisäävien ksylitol -tuotteiden käyttö

Limakalvoja rauhoittava kamomillatee

Miedot, soseutetut ruoat

Kylmät, suuta puuduttavat ruoat ja juomat

Happaman ravinnon välttäminen

Silmien kuivuminen

Apteekista saatavat kostutustipat

Hiustenlähtö

Kylmäpäähineen käyttö hoidon aikana vähentää päänahan verenkiertoa -> hiuksia lähtee vähemmän

Hoidon jälkeen hiustenkäsittelyä tulee välttää (hiustenpesu 3 päivää hoidon jälkeen)

Hiustenvärjäys 3 kuukauden kuluttua kaikkien solunsalpaajahoitojen loputtua

Saunaan kiedo päähän kylmä, kostea pyyhe

Maksusitoumus peruukin hankintaan (180 €:n korvaus)

Solunsalpaajien vaikutus seksuaalisuuteen

Väsymys, pahoinvointi, masentuneisuus -> haluttomuuden lisääntyminen

Fyysisen läheisyyden tärkeys

Hedelmättömyys

Sytostaattien aiheuttama limakalvojen ärsytys ja kuivuus -> apua apteekista

- Keskustelu sairauden aiheuttamisesta vaikutuksista kumppanin kanssa

Psyykkinen jaksaminen

Harrastuksien säilyttäminen

Ulkoilu

Sosiaalisista suhteista huolehtiminen

Keskusteluavun pyyntö tarvittaessa

Mahdollisuus keskusteluun sairaalapastorin ja psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa sekä saada tarvittaessa lähete psykiatriselle poliklinikalle

Yhteydenotto seuraavien vakavien haittavaikutuksien ilmetessä virka-aikaan syöpätautien poliklinikalle ja päivystysaikaan L-PKS:n päivystykseen:

Kuume (> 38 °C) tai useampana päivänä esiintyvää lievää lämpöilyä, kurkkukipu, nenäverenvuoto, veriyskä, kovat vatsakivut, oksentelu, ripuli, yliherkkyyssreaktio, infektio tai kouristelukohtaus.

- ❖ Potilaalla tulee olla tiedossa hoitavan poliklinikan yhteystiedot (uusimman puh.numerot)
- ❖ Esitteet
- ❖ Luotettavaa tietoa Suomen Syöpäjärjestön internet-sivuilta: <http://www.cancer.fi/>

LÄHTEET

Dahlberg, Gitta 1996. Ohjeita sinulle joka saat solunsalpaajahoidon: Mitä ovat solunsalpaajat?, Kuinka hoito tapahtuu?, Onko hoidolla sivuvaikutuksia?, Miten hoidan itseäni hoidon aikana?. Suomen Syöpäpotilaat Ry.

Holmia, Silja & Murtonen, Irja & Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6. painos. WSOY, Porvoo. Sivut: 118-124

Taxotere (doketakseli). Kylmäpäähineen käyttöohje - kemoterapian aikaisen hiustenlähdön estämiseen

Opinnäytetyön päiväkirja: Projektin kulku

11/2009 Otimme yhteyttä syöpäpoliklinikalle, aihe ehdotus tuli heiltä.

3.12.2009 Aiheen ja ohjaajien valinta, hyväksyttiin.

14.12.2009 Länsi-Pohjan keskussairaalan Syöpätautien poliklinikalla käynti, projektin idean selvennystä ja neuvoja. 30min

14.1.2010 Ohjausta Marja-Liisa Majamaalta, epävirallista tunnin jälkeen

15.1.2010 Projektisuunnitelman korjaus, 5h

20.1.2010 Opinnäytetyön 1. ohjaustunti Anja Mikkolan ja Marja-Liisa Majamaan kanssa

21.12.2010 Projektisuunnitelman hienosäätöä -> Valmis projektisuunnitelma

12.3.2010 Sopimuksen laatiminen syöpäpoliklinikalla, saivat projektisuunnitelman

30–31.3.2010 Opinnäytetyön työstäminen -> Syövän synty, Psykkinen jaksaminen

27.5.2010 Käynti syöpäpoliklinikalla: sopimuksen tarkistus, pieniä korjausehdotuksia projektisuunnitelmaan

10.6.2010 Opinnäytetyön työstäminen -> Syöpätaudit: Yleisimmät syöpätaudit Suomessa ja Rintasyöpä

20.6.2010 ONT: Rintasyöpä

7.9.2010 Ohjaajan Marja-Liisa Majamaan pois jääminen

13.9.2010 Uudeksi ohjaajaksi Jaana Stolt

10.9.2010 ONT Syöpätaudit: Rintasyöpä/Keuhkosityöpä

16–17.9.2010 ONT Syöpätaudit: To 16.9 Keuhkosityöpä 5h, Pe 17.9 Eturauhassyöpä 4h

20–24.9.2010 ONT: Ma 20.9 Eturauhassyöpä 5h, Ti 21.9 Hoitotyön näkökulmat 4h, Ke 22.9 Projektin kulku- päiväkirja ja Psykkinen selviytymisprosessi 4h, To 23.9 Psykkinen selviytymisprosessi 3–4h, Pe 24.9 Hoitoväsymys ja Syövän synty 1/2 osuus 3,5h

22.9.2010 Opinnäytetyön 2. ohjaustunti Anja Mikkolan kanssa

27.9.2010 ONT: Syövän synty 2/2 osuus, koottiin osista ONT, Sytostaattihoidon johdanto, 3–4h

1.10.2010 ONT: Sytostaattihoidon johdanto hiottiin, sytostaatit ja niiden vaikutustavat, 3h

5.10.2010 Käynti L-PKS:n syöpätautien poliklinikalla: sopimuksen allekirjoitus, saatiin neuvoja ja materiaalia, alustavasti ohjausrungon läpikäyntiä. ONT: sytostaattilähteiden merkintä, projektin kulku lisättiin, 1,5h

9.10.2010 ONT: Sytostaattien vaikutustavoista lisää, sytostaattilajien johdanto, alkyloivat aineet, ~2h

11.10.2010 ONT: Alustava ohjausrunko, antimetaboliittien aloitus ~1,5–2h

??10.2010 ONT: Antimetaboliitit loppuun, kasvainmetaboliittien liitto työhön ~2h

- 29.10.2010 ONT: HER2-positiivisuus ja Herceptin ~1h-1,5h
- 5.11.2010 ONT: TNM-luokitus, pilkkusäntöihin selvyys ~1,5h
- 9.11.2010 ONT: Sytostaattihoidon tavoitteet, adjuvantti- ja neoadjuvanttihoito ~1,5-2h
- 13.11.2010 ONT: Sytostaattien haittavaikutukset johdanto ja pahoinvointi, ~3,5h
- 27.11.2010 ONT: Ihon ja limakalvon oireet, jatkettiin ohjausrunkoa, ~3h
- 15.12.2010 Opinnäytetyön 3. ohjaustunti ohjausrungosta
- 16.12.2010 ONT: Ohjausrunko
- 25.1.2011 ONT: L-PKS:n syöpätautien poliklinikalla käynti, ohjausta hoitajilta ohjausrungon tekemiseen
- 28.1.2011 ONT: Korjaukset ohjausrunkoon, ~2h
- 29.1.2011 ONT: Seksuaalisuus ja parisuhde, ohjausrungon vinkit tarkistettu että löytyy teoriasta, ~3h
- 20.2.2011 ONT: Sytostaattien verenkuvamuutokset, ~2h
- 6.3.2011 ONT: Potilasohjauksen johdanto, käsitteen määrittely, suunnittelu, syöpäpotilaan ohjauksen alkua, ~4 -5h
- 10.3.2011 ONT: Potilasohjauksen vuorovaikutussuhde, ohjausympäristö, syöpäpotilaan johdanto ja ohjausrungon esittely, ~4h
- 11.3.2011 ONT: Potilasohjauksen etiikka ja projektiraportin työstöä, ~5h
- 26.3.2011 ONT: Projektiraportin johdanto, tarkoitus, tavoitteet, rajausta, organisaatio ja ohjaus, työkentelyn kuvaus, ~4,5h
- 29.3.2011 ONT: Projektin aikataulun, resurssien ja dokumentoinnin teoria, ~1,5h
- 30.3.2011 ONT: Projektin aikataulu, resurssit ja dokumentointi- kohdan oma tekstiosuus ja projektin tuotoksen ja prosessin arviointi- kohdan teoria, ~1,5h
- 5.4.2011 Opinnäytetyön 4. ohjaustunti Jaanan ja Anjan kanssa työstä ja ohjausrungosta
- 7.4.2011 ONT: Työstettiin ohjauksessa ilmenneet korjaukset ohjausrunkoon ja osittain opinnäytetyöhön
- 12.4.2011 ONT: Käynti L-PKS:n syöpätautien poliklinikalla ohjausrungosta palautetta 1h, työsimme ohjausrunkoon korjaukset, sisällysluettelon viimeistelyä ~1,5h
- 15.4.2011 ONT: Rintasyövän herceptin- ja hormonihoito, johdanto, ~3h
- 18.4.2011 Vietiin korjattu versio ohjausrungosta syöpäpoliklinikalle hoitajien luettavaksi. ONT: Tiivistelmä, 2h
- 19.4.2011 ONT: Pohdinnan alku, 2h
- 20.4.2011 ONT: Pohdinta loppuun ja projektin tuotoksen ja prosessin arviointi- kohdan oma osuus, 2h

21.4.2011 Opinnäytetyön 5. ja viimeinen ohjaustunti Jaanan ja Anjan kanssa. ONT: tehtiin ohjauksessa annetut korjausehdotukset tiivistelmään ja johdantoon sekä projektin luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelu- kohdan oma osuus, 1,5h

25.4.2011 ONT: Projektin luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelu- kohdan teoria, lähdemerkintöjen viimeistelyä, tiivistelmä englanniksi, 2h

26.4.2011 ONT: Ulkoasun viimeistelyä ja palautus ohjaaville opettajille arvioitavaksi, 1,5h

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU
Terveysalan koulutusyksikkö

OPINNÄYTETYÖN AIHEEN VALINTA JA OHJAAJIEN NIMEÄMINEN

res 2010-11

Aihe	Syöpäpotilaan sytostaattihoido
Opinnäytetyön tekijä/-t	Hanna Heikkilä, Hanna Uusimaa
Ryhmä	5AMK305H
Ohjaajat	Anja Mikkola, Marja-Liisa Majamaa
Tutkimustyön opettaja	Marja-Liisa Majamaa, Anneli Paldanius
Opinnäytetyön idea	Tehdä Länsi-Pohjan keskussairaalan syöpäpoliklinikalle selkeä ja tiivis ohjausrunko potilaan sytostaattihoidon aloituksesta. Ohjausrungon avulla niin uudet kuin kokeneetkin hoitajat kävisivät läpi tarvittavat asiat potilaan ohjaustilanteessa.
Aika ja paikka	3/12-09
Anomuksen hyväksyntä	Marja-Liisa Majamaa



SOPIMUS

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan toimiala ja alla mainittu toimeksiantaja sopivat tällä sopimuksella opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tekemisestä alla mainituin ehdoin.

Toimeksiantajatiedot:

Toimeksiantajan nimi ja osoite: Länsi-Pohjan keskussairaala, Syöpätautien poliklinikka, Kauppakatu 25, 94100 Kemi

Yhdyshenkilö/työelämäohjaaja: Anneli Mäkitalo ja Helena Nikupeteri

Yhdyshenkilön/työelämäohjaajan yhteystiedot: Syöpätautien poliklinikka puh. 016-243335

Oppilaitostiedot:

Oppilaitoksen nimi ja osoite: Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, terveysalan toimipiste, Meripuistokatu 26, PL 506, 94101 KEMI

Opinnäytetyön tekijät ja yhteystiedot: Hanna Heikkilä ja Hanna Uusimaa

Opinnäytetyön ohjaavat opettajat ja yhteystiedot: Anja Mikkola ja Jaana Stolt

Opiskelijatyönä tehtävän opinnäytetyön tiedot:

Opinnäytetyön nimi/aihe: Syöpäpotilaan sytostaattihoidon aloitus - Ohjausrunko hoitajille

Työn aikataulu: 11/2010

Opinnäytetyöstä aiheutuvista kustannuksista vastaa: Opinnäytetyön tekijät itse
Työn tulosten tekijänoikeuksista ja hyödyntämisestä sovitaan seuraavaa: Ohjausrunko ja kirjallinen työ jää syöpätautien poliklinikan hoitajien käyttöön ja ohjausrunkoa voidaan tarvittaessa uudistaa.

Tulosten salassapidosta sovitaan seuraavaa: Työ ei sisällä salassapitovelvollisuuden alaisia tietoja.

Työn ohjaajina toimivat: Anja Mikkola ja Jaana Stolt

Toimeksiantajan opinnäytetyöstä mahdollisesti maksama korvaus:

Korvaussumma: 0 €

Korvauksen saaja: -

Korvauksen maksun ajankohta: -

Jos tähän sopimukseen tulee muutoksia, on se jokaisen osapuolen uudelleen hyväksyttävä ja allekirjoitettava.

Tämä sopimus on tehty 3 kappaleena, yksi jokaiselle sopijaosapuolelle.

Paikka: Kemi

Aika: 5.10.2010

Anneli Mäkitalo
AMK:n edustaja

Helena Nikupeteri
Toimeksiantajan edustaja

Jaana Stolt
Opiskelija

Hanna Uusimaa
Opiskelija

Hanna Heikkilä
Opiskelija

Hanna Uusimaa
Opiskelija

Liite. Opinnäytetyön projektisuunnitelma